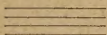


UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1935 - N° 13

Contribution à l'Etude
de
L'Appendicite aiguë au cours de la Gestation

(Travail de la Clinique Obstétricale)



THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 5 Avril 1935

PAR

CASANOVA Jean-Pierre

né le 24 Juillet 1908, à Gouraya (Algérie)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DIPLOMÉ DE MICROBIOLOGIE

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE COLONIALE

JURY	{	MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du Premier Age.....	{	Président
		GILLOT, Professeur de Clinique Médicale et Hygiène Infantiles.....		Membres
		CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique.		du Jury
		MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....		

IMP. F. MICHAUD

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935 - N° 13

Contribution à l'Etude

de

L'Appendicite aiguë au cours de la Gestation

(Travail de la Clinique Obstétricale)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 5 Avril 1935

PAR

CASANOVA Jean-Pierre

né le 24 Juillet 1908, à Gouraya (Alger)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DIPLÔMÉ DE MICROBIOLOGIE

DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE COLONIALE

JURY	{	MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du Premier Age.....	{	Président
		GILLOT, Professeur de Clinique Médicale et Hygiène Infantiles.....		Membres
		CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique.		du Jury
		MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....		

IMP. F. MICHAUD

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
 DCYEN HONORAIRE
 ASSESSEUR

MM. LEBLANC (*, *, I. *).
 HERAIL (*, I. *).
 PINOY (*, I. *).

PROFESSEURS

Clinique médicale
 Clinique Gynecologique.....
 Clinique chirurgicale
 Botanique et matière médicale.....
 Clinique médicale et hygiène infantile
 Médecine légale.....
 Clinique obstétricale et puériculture
 du 1er âge
 Anatomie
 Thérapeutique
 Clinique chirurgicale infantile et uro-
 thopédie
 Chimie biologique et médicale.....
 Pharmacie
 Microbiologie et cryptogamie.....
 Pathologie générale et clinique psychi-
 atrique
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Clinique des maladies des pays chauds
 des maladies syphilitiques et cutanées
 Parasitologie et zoologie médicale ..
 Physiologie
 Histologie et Embryologie
 Chimie générale pharmaceutique et
 toxicologie
 Clinique ophtalmologique
 Hygiène, hydrologie et climatologie .

AUBRY (O. *, *, I. *).
 CABANES (*, *, I. *).
 COSTANTINI (*, *, I. *).
 FOURMENT (A. *, O. *).
 GILLOT (I. *).
 GIRAUD (O. *, *, I. *).

LAFFONT (*, *, I. *).
 LEBLANC (*, *, I. *).
 LEBON (*, *, A. *).

LOMBARD (*, *, I. *).
 MAILLARD (*, I. *).
 MUSSO (I. *).
 PINOY (*, I. *).

POROT (I. *).
 PORTES (*, *, I. *).
 POUJOL (*, I. *).

RAYNAUD (*, *, I. *).
 SENEVET (*, I. *).
 TOURNADE (O. *, *, I. *).
 WEBER (*, *, I. *).

WUNSCHENDORFF (I. O).
 N...
 N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (*, *, A, *) agrégé (Histologie)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, *, I, O).

MM. HERAIL (*, I, O).

CHARGES DE COURS

Clinique d'ortho-rhino laryngologie. ...

H. ABOULKER (*, *, A. *)

AGREGES

Médecine
 Histologie.....
 Chirurgie
 Accouchements
 Médecine
 Chirurgie
 Anatomie pathologique.....
 Anatomie
 Chimie médicale
 Histoire naturelle pharmaceutique.....
 Physiologie

MM. BENHAMOU(*, *, A. *).
 COURRIER (*, *, A. *).
 DUBOUCHER (I. *).
 FERRARI (I. *).
 HOUEL (*, *, A. *).
 LACROIX (A. *).
 MOGGI (*).
 MONTPELLIER (I. *).
 RIBET (*, A. *)
 N...
 N...
 N...

AGREGE LIBRE

Physiologie M. BATTEZ

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Je Dédie cette thèse

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Si tendre et si courageuse, dont
la plus ardente prière était de vivre
encore, juste le temps de voir gran-
dir ses enfants.

En témoignage de ma pieuse fi-
délité.

A la mémoire de mon oncle François CASANOVA

Cruellement ravi à l'affection des
siens.

A MON PERE

Dont la vie a été un exemple
d'austérité et de dévouement pater-
nel.

Que mon affection et ma recon-
naissance filiales lui soient une
douce récompense des sacrifices
qu'il s'est imposés pour moi.

A MA SŒUR

Si affectueuse et si dévouée,
En témoignage de mon attache-
ment et de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur MASSONET
Inspecteur Général Adjoint des Services d'Hygiène
Directeur de la Santé Maritime d'Alger
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a vu naître et qui na ja-
mais cessé de s'intéresser à moi.

En hommage de mon affectueuse
reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. LAFFONT

Professeur de la clinique Obstétricale

et de Puériculture du premier âge

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a eu l'amabilité de nous inspirer le sujet de notre thèse et qui nous fait le grand honneur de la présider.

Nous avons toujours eu la plus vive sympathie pour ce Maître si accueillant et si dévoué à ses jeunes disciples.

Ses belles leçons cliniques nous ont familiarisé avec l'obstétrique, branche si importante de la médecine.

Nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

Qu'il veuille bien agréer ici l'hommage de notre reconnaissance infinie.

Monsieur le Professeur V. GILLOT

Professeur de Clinique Médicale

et d'Hygiène Infantiles

Dont le beau talent de clinicien
nous a fait comprendre et aimer
la pathologie si délicate de l'en-
fant.

L'affectueuse sollicitude qu'il
nous a témoignée restera à jamais
gravée dans notre cœur.

Qu'il veuille bien accepter, en
retour, l'hommage de notre affec-
tion respectueuse et inaltérable.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur E. CABANES

Professeur de Gynécologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont les lumineuses leçons de Médecine opératoire ont grandement contribué à notre formation professionnelle.

Nous conserverons toujours le souvenir de sa belle maîtrise chirurgicale, de la cordialité et de la bienveillance qu'il nous a témoignées pendant notre stage dans son service de gynécologie.

Qu'il daigne accepter ici l'expression de notre déférente gratitude.

Monsieur le Professeur agrégé MOGGI

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pendant notre stage dans son agréable service de l'Hôpital Parnet, nous avons pu apprécier la science consommée de ce Maître, sa modestie et sa grande bienveillance.

Il nous est particulièrement agréable de l'avoir comme juge, et nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer aujourd'hui toute notre reconnaissance.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX D'ALGER

Stage :

MM. les Professeurs :

ARDIN-DELTEIL (In Memoriam)
LOMBARD

Externat :

M. le Docteur H. ABOULKER

MM. les Professeurs :

CABANES
MOGGI
GILLOT
LAFFONT

Internat provisoire :

MM. les Professeurs :

AUBRY
GANGE (In Memoriam)
POROT

A MESSIEURS LES DOCTEURS

Ch. VERGOZ, Chirurgien des Hôpitaux

H. JAHIER, ancien Chef de Clinique Obstétricale

Qui m'ont aimablement communiqué leurs observations.

Qu'ils soient assurés de ma profonde gratitude.

Au Docteur Jean MASSEBŒUF

En souvenir de notre constante amitié et de nos heureuses années de jeunesse et d'études.

A son père Monsieur MASSEBŒUF,

Directeur d'Ecole Normale

Qui m'encouragea à entreprendre la carrière médicale.

A MES AINES, Les Docteurs

P. SANTUCCI

M. BONAFOS

En souvenir de leurs sentiments affectueux et de leur précieux enseignement.

A MES CAMARADES D'ETUDES, les Docteurs

C. SANTUCCI, DENDALE, FABREGOULE, GARES, BACQUERE

FERRI, LENCK, KASSER, BONNARD, CASTELLI, MADON

SERVAJEAN, COTI, MARCHETTI, DELORT.

AVANT-PROPOS

A la suite de plusieurs cas intéressants d'appendicite au cours de la grossesse traités à la Maternité d'Alger, notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, de qui nous avons sollicité l'indication d'un sujet pour notre thèse, a eu l'amabilité de nous proposer le suivant : « Appendicite aiguë et gestation ».

Notre inexpérience ne nous permettant pas d'apporter des connaissances nouvelles à l'étude déjà avancée de cette complication, nous nous sommes documenté auprès des auteurs les plus autorisés, nous avons consulté de nombreuses observations inédites ou publiées, et nous nous sommes efforcé d'exposer avec ordre et cohésion les données recueillies, tout en discutant, le cas échéant, leur valeur.

INTRODUCTION

L'appendicite doit être considérée aujourd'hui comme une complication relativement fréquente de la grossesse. C'est là une première notion importante à laquelle se rallient beaucoup d'auteurs modernes.

La gestation prédispose en effet à l'appendicite et particulièrement aux récidives. A ce sujet, on discute encore pour savoir si l'appendicite primaire est vraiment influencée par la grossesse. A priori, il semble que la gravidité, par les modifications d'ordre général (colibacillose) et local (utérus gravide) qu'elle crée sur l'organisme maternel, ne peut qu'aider au déclenchement d'une première crise chez une femme qui, pour des raisons diverses, a des prédispositions à cette affection. Mais les récidives sont de beaucoup les cas les plus fréquents, et ceci n'est pas étonnant car un appendice antérieurement infecté récidive facilement même en dehors de la gestation.

Un deuxième point important est la gravité particulière de la maladie et ceci pour deux raisons :

Les dangers de diffusion de l'inflammation auxquels expose l'apparition d'un travail prématuré:

L'aspect clinique souvent atypique de la maladie rendant le diagnostic tardif.

Enfin le seul traitement rationnel qui s'impose

pour enrayer l'évolution d'une crise est l'intervention chirurgicale précoce qui aura pour but l'appendicectomie et, s'il y a lieu, le drainage du foyer de suppuration.

Mais le meilleur moyen de lutter contre une telle complication sera de la prévenir, et le Professeur PINARD avait vu juste en préconisant l'ablation prophylactique de l'appendice à toute jeune femme en période d'activité sexuelle et qui a des antécédents appendiculaires.

HISTORIQUE

Les premières observations historiques intéressant notre étude furent publiées par FINDLEY dans un article de *l'American Journal of Obstetrics* de 1909.

Cet auteur rapporte deux cas cités par EDEBOHLS dans sa *Revue d'Histoire et Littérature de l'Appendicite*.

Le premier cas fut observé par MESTIVIER en 1759 : il s'agissait d'une femme atteinte d'une crise appendiculaire dans le huitième mois de sa gestation. Cependant, il n'y eut pas de vérification nécropsique.

Le deuxième cas constitue la première observation d'appendicite au cours de la puerpéralité, confirmée par l'intervention. Cette intéressante observation fut publiée dans *The Lancet* en 1848 et présentée par HANOCK à la *Clinical Society* de Londres. Ce praticien avait drainé un abcès appendiculaire survenu au cinquième mois d'une grossesse. La malade avorta quelques jours après, mais guérit.

En 1885, KORN communiqua à la *Société de Gynécologie de Dresde* l'observation d'une femme morte de péritonite au sixième mois d'une grossesse. A l'autopsie, il avait constaté une péritonite généralisée consécutive à une perforation appendiculaire.

Ces quelques observations ne présentèrent tout d'abord qu'un simple intérêt de curiosité, l'appendicite étant encore méconnue.

L'année 1886 fut le point de départ de recherches nombreuses sur cette affection, à la suite de la publication du *Mémoire* original de REGINALD FRIZ qui fit de l'appendicite une entité clinique, substituant ainsi à la vieille conception imprécise de typhlite d'ALBERS, de BONN la notion de lésions initiales intéressant l'appendice iléo-cæcal.

Les observations d'appendicite chez la femme enceinte ne tardèrent pas à apparaître et c'est ainsi qu'en 1890 et 1891, STIMSON, HIRST et WIGGIN en publièrent plusieurs cas.

De 1894 à 1895 les travaux de Paul MUNDE viennent préciser les relations qui existent entre les lésions appendiculaires et la grossesse. Cet auteur montre la fréquence relative de l'appendicite chez la femme enceinte, insiste sur sa gravité et la nécessité d'un traitement chirurgical.

En 1897, ABRAHAMS, dans un article de *l'American Journal of Obstetrics*, confirme les travaux précédents.

Dans le courant de la même année, TUFFIER et LEGENDRE rapportent en France la première observation et insistent également sur le caractère de gravité de l'affection.

DIEULAFOY consacre à cette étude la seizième leçon de ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* de 1897-1898.

En 1898 et 1899, le Professeur PINARD présente à *l'Académie de Médecine* une première étude

d'ensemble résultant de l'analyse de 45 cas, et aboutit aux conclusions suivantes :

L'appendicite peut apparaître à n'importe quel moment de la gestation qui semble y prédisposer.

L'appendicite est grave pour la mère et pour l'enfant (11 morts maternelles et 15 morts fœtales).

Le diagnostic est souvent facile et doit être précoce, permettant une intervention également précoce, seul traitement rationnel qui améliore considérablement le pronostic.

En 1900, PINARD publie de nouveaux cas dans les *Annales de Gynécologie de Paris*.

De nombreuses thèses ont paru en France sur cette question :

JARCA	(Paris, 1898)
BAPTISTE	(Lyon 1899)
PERES	(Toulouse, 1900). Envisage le traitement médical.
PENARD	(Paris, 1912). Recueille 137 observations et résume tous les travaux publiés.
KOUTSIEFF	(Bordeaux, 1914). Envisage l'appendicite comme facteur des vomissements incoercibles.
GLOTAIN	(Paris, 1915)
HOMSY	(Bordeaux, 1918). Etudie l'appendicite chronique et la grossesse.
CHAPUT	(Bordeaux, 1923). Insiste sur le diagnostic différentiel.

BOURY	(Paris, 1925)
SEGUY	(Paris, 1927). Fait une mise au point complète de la question et étudie les indications opératoires et les différentes techniques.
VIGOUROUX	(Bordeaux, 1928)
SZILAGYI	(Paris, 1929)
FILHASTRE	(Bordeaux, 1930)
PIGEAUD	(Paris, 1931)

En 1914, VAUTRIN rapporte dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* une série d'observations relatives aux erreurs de diagnostic.

Par la suite bien des observations et discussions ayant trait à la pathogénie, à la fréquence et au traitement de cette affection, ont paru sur les différentes revues médicales et plus particulièrement dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Nous aurons l'occasion de rappeler, au cours de notre étude, l'essentiel de ces nombreux travaux.

Parmi les auteurs allemands qui ont étudié l'appendicite au cours de la gestation, retenons surtout les noms suivants :

BOJE qui, en 1903, réunit 76 cas.

FUTH qui décrit la disposition anatomique de l'appendice pendant la grossesse. (1905)

FELLNER, envisageant, en 1906, la question du traitement.

RENVALL donnant une étude complète en se basant sur de nombreuses observations personnelles et sur toutes les observations de la littérature (1908).

En Italie, les premiers auteurs qui s'intéressèrent à cette question furent CRISTALLI (1901) et CATURANI (1913).

Les Anglais et les Américains ont également collaboré à ces recherches par une multitude de publications. Citons, parmi les plus intéressantes, celles de GRATTAN.

Les conceptions actuelles sur l'appendicite au cours de la grossesse, devenues presque classiques, n'ont pas été partagées au début par tous les auteurs, et ce n'est pas sans de vives controverses qu'on a pu enfin établir que cette affection s'observe assez fréquemment et que son seul traitement est l'intervention chirurgicale précoce.

En effet, on a tout d'abord pensé que l'appendicite était très rare au cours de la gestation ; on a même prétendu que la grossesse constituait un état réfractaire à l'apparition de l'appendicite.

Cette croyance résultait de l'examen de vastes statistiques comportant des dizaines de mille accouchements :

SCHAUTA : 4 cas sur 34.000 accouchements.

ROSTHORN : 2 cas sur 27.000 accouchements.

Cependant, de sérieuses critiques doivent être faites à ces statistiques.

En premier lieu, de nombreuses erreurs de diagnostic ont pu être commises puisqu'il n'y a pas eu de contrôle nécropsique.

Ensuite, il n'existait pas, à ce moment, de consultations régulières pour les femmes enceintes dans les maternités.

Ces statistiques ne sont donc constituées que

par les cas d'appendicite apparaissant pendant l'accouchement ou les quelques jours qui le précèdent et le suivent. Elles ne permettent pas de conclure sur ce qui s'est passé pendant l'évolution beaucoup plus longue de l'état puerpéral.

Des statistiques plus récentes montrent que l'appendicite gravidique est plus fréquente qu'on ne l'avait pensé.

C'est ainsi que RENVALL, en revisant les observations parues dans le journal *Jahres Berichten Der Geburtshilflichen Klinik*, rapporte 3 cas d'appendicite sur 2.500 accouchements observés annuellement. Il a également noté à la *Polyclinique Gynécologique* d'ENGSTROM 10 cas d'appendicite sur 1.109 grossesses.

Enfin, le traitement, aujourd'hui uniquement chirurgical, préconisé déjà par les premiers auteurs, mais combattu vivement par d'autres, pour des raisons minimes (principalement la crainte d'une interruption de la grossesse), est actuellement approuvé et pratiqué heureusement par tous les chirurgiens.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES ET PATHOGENIE

La question de la fréquence de l'appendicite chez la femme enceinte, déjà signalée dans le rappel historique précédent, nous paraît d'une telle importance pratique que nous ne croyons pas superflu de revenir sur ce point de vue pour en faire un exposé plus complet.

L'opinion des premiers auteurs qui ont étudié le mécanisme de l'apparition de l'appendicite gravidique fut que la gestation constituait une prédisposition toute particulière au développement de cette affection en raison des modifications générales et locales de l'organisme maternel.

Cependant, FRAENKEL, PONCET, VINAY, BOIJE, LABHART, et WEBER ont soutenu que cette complication était rare.

PENARD, dont la thèse très documentée remonte à 1912, bien qu'ayant donné une excellente étude pathogénique des accidents appendiculaires pendant la gravidité en insistant sur les facteurs mécaniques réalisés par le développement de l'utérus gravide, prétend néanmoins que cette éventualité est rarement observée.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ces affirmations semblaient justifiées par des chiffres aussi imposants qu'éloquents, provenant de maternités ou de services de chirurgie :

FRAENKEL : 4 cas d'appendicite coexistant avec la grossesse sur 40.000 cas d'affections obstétricales et gynécologiques.

PINARD : 1 cas d'appendicite sur 11.497 femmes entrées à la Clinique Baudelocque du 1er janvier 1898 au 1er janvier 1904.

LOBNSTINE : 5 appendicites sur 30.000 gestations au Lying Hospital de New-York.

ROUTIER : 12 observations chez la femme enceinte sur 1.300 cas d'appendicite opérés chez des femmes.

COOKE : 7 appendicites de la gestation sur 731 appendicectomies à l'Hôpital du Mont-Sinaï à New-York.

SONNENBURG : 3 observations chez la femme enceinte sur 2.000 appendicite opérées chez des femmes.

Il semble, aujourd'hui que l'appendicite soit plus souvent observée au cours de la gravidité. Ce fait est démontré par de récentes statistiques dues tant à une meilleure connaissance de l'affection qui la fait plus souvent suspecter, qu'à une organisation nouvelle des maternités dont certains services spécialisés suivent régulièrement chaque gestante du début au terme de sa parturition.

C'est ainsi que :

COUVELAIRE observe 8 cas d'appendicite sur 13.132 accouchements à la Clinique Baudelocque ;

BRINDEAU, 16 cas sur 12.000 accouchements à la Clinique Tarnier ;

CHROBACK (de Vienne), 13 cas sur 13.000 accouchements.

Nous avons pu nous-même, en consultant les archives de la Clinique Obstétricale d'Alger, pour une période de quatre années allant du 1er janvier 1931 au 1er janvier 1935, obtenir les chiffres suivants :

Années	1931	1932	1933	1934	TOTAUX
Femmes enceintes ..	840	1379	1013	1035	4297
Appendicites	18	33	30	36	117
Appendicites au cours de la gestation	4	3	3	8	18

D'où, les proportions suivantes :

4,18 appendicites pour 1000 grossesses, et 15,38 appendicites de la gestation sur 100 appendicites.

Dans ces conditions, peut-on, avec VAUDESCAL, quand de rare une telle affection, même si elle ne devait s'observer, selon cet auteur, qu'une fois environ sur mille femmes enceintes ?

Nous pensons qu'il est plus exact de considérer l'appendicite comme une complication relativement assez fréquente de la grossesse. Cette notion présentera l'avantage d'alerter le praticien qui n'aura pas tendance à éliminer trop facilement dans la discussion de son diagnostic un état morbide dont l'ignorance, favorisée par une symptomatologie souvent trompeuse exposerait les malades à de sérieux dangers.

La grossesse joue-t-elle un rôle dans la pathogénie des accidents appendiculaires ?

Ce ne fut pas l'avis de VINAY qui a cru devoir écrire : « aucune condition pathogénique de l'appendicite ne se trouve réalisée par la grossesse. Elle ne détermine pas de virulence plus marquée du colibacille, lui permettant d'infiltrer les parois de l'organe ; elle ne détermine pas de torsion de l'appendice, d'entérite du gros intestin. Elle ne prédispose pas à la réception de corps étrangers et, du reste, la maladie ne présente rien de spécial dans son évolution ».

BOJE a même été plus loin en affirmant que la grossesse pouvait exercer une influence heureuse sur l'évolution de l'appendicite, grâce à la congestion active qu'elle détermine sur les organes pelviens, favorisant ainsi la régression des phénomènes inflammatoires.

Nos connaissances de pathologie générales montrent combien ces opinions étaient peu fondées. On ne discute plus l'accroissement de virulence du colibacille chez la femme enceinte. Il semble, d'autre part, que la congestion d'un organe, loin de conjurer des accidents inflammatoires, favoriserait plutôt leur réveil.

Si, à l'heure actuelle, le rôle de la gestation sur la réapparition de crises appendiculaires anciennes est reconnu par la majorité des auteurs, cer-

tains, cependant, tout en admettant que la gravité influence fâcheusement l'évolution d'une récidive, pensent que « la tendance aux récidives est dans la nature même de cette maladie » et qu'elle « peut se manifester pendant la parturition sans que celle-ci y prenne la moindre part » (SZILAGYI).

Certes, des observations publiées prouvent l'inconstance de ce rôle, mais elles sont peu nombreuses. Il est beaucoup plus fréquent, au contraire, de voir des appendicites anciennes réveillées par une grossesse (Observation de TUFFIER, N° XXI) ; et SEGUY, dont la thèse fait autorité, écrit avec juste raison que le rôle sur les récidives d'appendicites antérieures à la gestation est indiscutable.

Pour cet auteur, dans 50 % des cas il s'agirait de récidives.

TEDENAT a opéré 9 femmes qui « toutes avaient eu antérieurement des attaques très nettes ».

PENARD, sur 70 observations, voit 46 cas où il y avait des antécédents appendiculaires, soit 65,7 % ou les 2/3 des cas.

FELLNER, se basant sur une importante statistique, « avait conclu que, sans exception, toute femme ayant eu une crise très nette d'appendicite et devenant enceinte, faisait une crise à l'occasion de cette grossesse » (VIGNES).

La gravité favorise-t-elle l'éclosion d'une première crise d'appendicite ?

La plupart des auteurs prétendent qu'une première atteinte appendiculaire est exceptionnelle pendant la gestation. C'est là l'opinion de VIGNES, selon lequel « il n'est pas probable que la gesta-

tion favorise l'apparition de l'appendicite aiguë car, si cela était, nous verrions beaucoup plus d'appendicites chez la femme enceinte que nous n'en voyons et, surtout, nous devrions observer fréquemment des cas où la crise « gravidique » serait la première crise, ce qui, au contraire, est rare ».

Sans doute, une première crise d'appendicite est moins souvent rencontrée qu'une récurrence, mais ce fait n'est pas une preuve que la grossesse n'influence pas une appendicite primaire.

Nous avons constaté, en consultant les archives de la Maternité d'Alger, que les cas d'appendicite primaire sont au moins aussi fréquents qu'en dehors de la puerpéralité.

Il semble, en effet, logique d'admettre que, si la grossesse, par les modifications biologiques (colibacillose) qu'elle engendre, sensibilise un appendice à une récurrence, elle doit également, dans une certaine mesure, avoir une action sur un appendice prédisposé à cette affection.

Quoi qu'il en soit, le plus important est de savoir de quelle manière et dans quelle mesure la grossesse agit sur les inflammations appendiculaires.

La plupart des nombreuses observations publiées prouvent que la gestation exerce une influence des plus fâcheuses sur l'évolution anatomo-clinique de cette affection.

La symptomatologie est souvent modifiée et de-

vient de plus en plus traîtresse à mesure que la gravidité approche du terme. D'autre part, la tendance aux complications les plus graves, aussi bien pour la maladie que pour la grossesse, est de règle, si l'on n'intervient pas à temps.

La grossesse, état éminemment physiologique, crée, en effet, des modifications générales et locales dont certaines doivent être retenues comme des causes jouant un rôle d'aggravation certain.

Parmi les causes générales, la constipation, considérée comme importante par les auteurs américains, paraît cependant secondaire, puisqu'elle s'observe très fréquemment sans pour cela déterminer à tout coup une appendicite.

Le facteur *lithiase appendiculaire*, manifestation de la lithiase en général, au même titre que la lithiase biliaire, avait été considérée comme jouant un grand rôle par DIEULAFOY. S'il est juste que dans quelques cas de gros calculs, obstruant totalement la lumière du canal appendiculaire, favorisent la prolifération des germes anaérobies en vases clos, il n'en est pas moins vrai que cette cause n'est pas des plus constantes.

L'hypothèse d'un rôle joué par *l'exaltation de virulence des germes intestinaux* et surtout du *colibacille* semble être plus défendable. Le Professeur BAR pensait que l'appendicite serait comme la pyélonéphrite ou la cholécystite une complication de la colibacillose de la femme enceinte. Cette hypothèse paraît vérifiée par les cas relativement fréquents d'appendicites associées à des

pyélonéphrites pendant la grossesse. (Obs. N° XXXVIII).

Certains auteurs et en particulier SCHAUTA, ont invoqué les *troubles circulatoires et congestifs des organes pelviens* dont l'action serait analogue à celle des périodes menstruelles dans le réveil d'appendicites latentes. Il est possible que cette congestion agisse sur l'apparition d'une crise.

En définitive, de ces causes générales, nous retiendrons surtout la colibacillose qui, très vraisemblablement, intervient dans le réveil de lésions anciennes, et qui serait peut-être le facteur prépondérant du développement d'une appendicite primaire.

Il n'en est plus de même des *causes locales* dont l'action se fait d'autant plus sentir que la grossesse est plus avancée.

En effet, l'accroissement constant du volume de l'utérus gravide ne s'effectue pas sans engendrer des troubles mécaniques dont l'influence néfaste peut aussi bien provoquer une appendicite qu'aggraver son allure clinique.

Ces troubles résultent du jeu de différents facteurs qui tous, agissant selon les cas individuellement ou en association, ont un rôle certain.

Le premier facteur invoqué fut le *déplacement de l'appareil cæcal* sous la poussée utérine. PENARD en a fait une intéressante étude et l'a considéré comme la principale cause du développement de l'appendicite gravidique, se basant sur les travaux de FUTH qui, à l'autopsie de 7 femmes

mortes aux divers âges de la grossesse, a constaté que l'utérus déplace le cæcum dans trois directions :

De bas en haut,

De dehors en dedans,

D'arrière en avant,

ce déplacement ne devenant sensible qu'à partir du quatrième mois.

Pour une grossesse de 7 mois, le cæcum est au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Chez une femme enceinte de 8 mois, le cæcum est au-dessus du fond utérin.

Quand la grossesse est près du terme, le cæcum est à 4 travers de doigt au-dessous du bord inférieur du foie.

Ces déplacements seraient dûs, d'après FUTH, à une traction exercée par le ligament large et le ligament suspenseur de l'ovaire. HLAWACEK a fait intervenir le ligament appendiculo-ovarien de CLADO qui agirait d'une manière identique.

Cependant cette élévation du cæcum et de l'appendice serait loin d'être aussi fréquente que FUTH l'a affirmé.

HOFFMANN, pratiquant des examens radiologiques sur 39 femmes, trouve que cette ascension est le plus souvent très limitée :

Dans 2 % des cas l'appendice est au-dessus de la crête iliaque ;

Dans 10 % des cas l'appendice est au niveau de la crête iliaque ;

Dans 88 % des cas l'appendice est au-dessous de la crête iliaque.

Ces conclusions, aussi bien celles de FUTH que celles de HOFFMAN, ne résultant que d'un nombre relativement restreint de cas, ne permettent pas de trancher définitivement cette question, d'autant plus que les auteurs modernes sont également loin d'avoir des avis concordants. En effet, tandis que, pour LEMELAND, « on peut conclure que chez la femme à terme l'appendice est en situation sensiblement normale, légèrement surélevé », d'après VIGNES, « assez souvent, la région cæco-appendiculaire s'élève dans l'abdomen au fur et à mesure que l'utérus gravide se développe ».

Ce point demeuré obscur nous a paru d'une réelle importance pathogénique, et nous avons essayé d'établir, par la lecture des nombreuses observations publiées, dans quelle proportion ces déplacements sont rencontrés. Nous n'avons pu aboutir à aucune conclusion, la majorité des auteurs n'indiquant pas la situation du cæcum et de l'appendice. Il serait donc à souhaiter, dans l'intérêt de cette étude, que, d'une part, des examens radiologiques en série soient pratiqués au cours de la 2ème moitié de la gestation et que, d'autre part, les chirurgiens mentionnent régulièrement dans leurs protocoles opératoires la topographie de cette région.

Quoi qu'il en soit, il est fort probable que dans bien des cas, la masse utérine tend à refouler le cæcum vers le haut.

Cette action peut se traduire par deux sortes de conséquences selon que l'appendice est libre ou fixé.

Quand l'appareil cæco-appendiculaire est libre, il peut effectuer des déplacements notables com-

me le prouvent quelques observations intéressantes où l'appendice était très haut situé dans l'abdomen (Observations N^o V, VI, XXII à XXV). Il va de soi que cette élévation expose aux plus redoutables dangers de diffusion de l'infection à toute la séreuse péritonéale, car l'appendice se trouvant en pleine cavité ne peut plus limiter ses lésions.

Au contraire, s'il existe de fortes adhérences, reliquats d'inflammation ancienne, l'appendice ainsi fixé est exposé à des phénomènes de compression, écrasement, élongation, torsion, coudure et ceci d'autant plus qu'il est en connexion plus étroite avec les annexes droites ou avec l'utérus même par des brides cicatricielles. Dans ces cas les complications possibles sont la rupture des adhérences protectrices et la perforation de l'appendice par écrasement ou élongation.

L'action de ces facteurs mécaniques redouble d'intensité au moment du travail d'avortement ou d'accouchement. Les contractions énergiques de l'utérus traumatisent le foyer inflammatoire et peuvent provoquer une péritonite généralisée en détruisant la zone fibrineuse qui localise l'infection.

Il en est de même pour l'appendicite qui survient immédiatement après le travail. La diminution brutale du volume de la matrice favorise la diffusion péritonéale par le même processus et rend cette forme clinique particulièrement grave.

Ces faits trouvent leur confirmation clinique dans le tableau suivant dû à PENARD :

	Cas d'appendicite	Morts	Mortalité 0/0
Grossesse de 1 à 5 mois	56	10	17,8
Grossesse de 5 à 9 mois	58	22	38,2
Accouchement ou suites de couches immédiates	15	8	53,3

En résumé, la grossesse peut jouer un rôle important sinon constant dans l'apparition de l'appendicite ; et ce rôle est indiscutable quand il s'agit de récidives.

De toutes les causes déjà énumérées et susceptibles de favoriser l'éclosion de cette affection ainsi que sa dangereuse évolution, nous retiendrons surtout l'exaltation de virulence du colibacille et les troubles mécaniques réalisés par le développement de l'utérus gravide.

INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE

Si, comme nous venons de le voir, l'état puerpéral aggrave presque toujours l'allure de l'appendicite, de même, l'appendicite ne reste pas inactive vis-à-vis de la grossesse qu'elle compromet souvent ainsi que le produit de conception.

L'interruption de la gestation semble, en effet, devoir être une conséquence assez fréquente de l'apparition de l'appendicite chez la femme enceinte, surtout quand cette affection reste mécon nue.

La preuve en est dans les statistiques des anciens auteurs qui ont relevé un nombre important d'avortements et d'accouchements prématurés :

56,25 % d'après BOJE, et

62 % selon STAEBLER.

Cette forte proportion n'est pas pour nous étonner, car, à cette époque, beaucoup de cas n'avaient été traités que tardivement.

Depuis que l'appendicite est mieux connue, depuis, surtout, qu'on y pense plus souvent et qu'on intervient dans les premières heures qui succèdent à la crise ou d'une façon prophylactique, la

proportion des interruptions est beaucoup plus faible.

PENARD n'observe déjà plus que 59 interruptions sur 140 cas, soit 42,1 %.

Plus récemment, HEINECK ne signale que 49 avortements ou accouchements prématurés sur 173 cas, soit 28 %.

Ces derniers chiffres prouvent d'une manière éclatante que le traitement chirurgical, si salubre quant à l'évolution de l'appendicite, ne peut qu'avoir une influence des plus heureuses sur l'évolution ultérieure de la grossesse, contrairement à ce qu'avaient cru quelques auteurs.

Ces interruptions peuvent se produire à tous les âges de la gestation, mais avec une prédilection pour les grossesses avancées. Cependant, leur fréquence paraît dépendre avant tout de la gravité de la maladie. C'est ainsi que la péritonite généralisée entraîne presque inévitablement le travail d'expulsion.

Deux sortes de causes interviennent dans le mécanisme de l'avortement ou de l'accouchement prématuré :

Les unes purement mécaniques,

Les autres d'ordre infectieux.

Les causes mécaniques jouent un rôle qui n'est certainement pas négligeable. Elles seules expliquent les avortements des premiers mois chez des femmes qui ont présenté antérieurement une ou plusieurs crises d'appendicite.

Les inflammations appendiculaires ont en effet créé des adhérences utérines et annexielles

parfois très solides, qui gênent le développement normal de l'utérus.

D'autres part, ces adhérences agiraient indirectement en irritant, par leurs tractions, les nerfs utéro-sacrés et en déterminant des phénomènes de contraction réflexe.

CONDAMIN a invoqué ce mécanisme pour expliquer le rôle abortif que certaines *douglassites* exercent chez des femmes non syphilitiques, qui ont dans leurs antécédents obstétricaux une ou plusieurs grossesses normales. Or, bien des douglassites ne sont-elles pas des séquelles d'appendicites basses et en particulier d'appendicite pelvienne ?

Cependant, le rôle le plus important paraît être joué par les *causes infectieuses*. L'interruption se fait ici par deux processus bien distincts : l'un utérin, l'autre ovulaire.

Le voisinage du foyer infectieux détermine du côté du muscle utérin des phénomènes identiques à ceux décrits par DIEULAFOY pour les muscles de la paroi abdominale. L'utérus se contracte donc et devient le siège d'une tension réflexe, étudiée dans le chapitre de la symptomatologie. Il est évident que cette tension sera d'autant plus accusée que l'inflammation sera plus aiguë, et l'apparition d'une contracture permanente aboutira fatalement, à plus ou moins brève échéance, à un travail d'avortement ou d'accouchement prématuré.

D'autre part, l'infection ovulaire est toujours possible, qu'elle se fasse par *voie sanguine* ou encore par *propagation de voisinage*, et la mort

éventuelle du fœtus par infection ou intoxication ainsi que les lésions déciduales sont des facteurs d'avortement.

L'infection de l'œuf par voie sanguine et trans-placentaire est le résultat d'une septicémie d'origine appendiculaire. Le Professeur PINARD rapporte à ce sujet une observation où il existait du colibacille dans le sang du cordon d'un fœtus dont la mère était morte de péritonite appendiculaire.

Quand les lésions sont circonscrites, quand il s'agit d'une péritonite appendiculaire enkystée, la propagation peut se faire par *contiguïté*. Ces faits s'expliquent par le voisinage de la trompe et de l'appendice, par le « flirt de l'appendice et des annexes », selon l'expression de SEGOND ; et d'ailleurs, cette propagation est facilitée pendant la grossesse qui rapproche si étroitement la trompe et l'appendice. Ces processus sont confirmés par de nombreuses observations où l'intervention a montré une trompe droite intimement liée à l'appendice ou baignant dans le pus de l'abcès appendiculaire (Observation N° I, XXIII, XXIV).

« L'infection parvient à l'endomètre par la voie lymphatique ; peut-être aussi, mais très rarement, il y a infection par contiguïté en suivant la muqueuse utérine ». (BARBARO).

Pour DIEULAPE, « ces liaisons s'établissent non seulement par des rapports de voisinage, mais bien par une véritable contiguïté qui établit des connexions directes soit par le tissu sous-péritonéal, soit par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Deux dispositions anatomiques sont surtout à envisager :

Existence d'un véritable ligament appendiculo-ovarien tel qu'il a été décrit par CLADO ;

Prolongation du méso-appendice, en cas de position descendante ou pelvienne, vers le feuillet postérieur du ligament large où il aboutit au ligament ovarien ».

Quel que soit le mode d'extension de l'inflammation, quand l'examen anatomo-pathologique a été réalisé, on a trouvé des *lésions manifestes de la caduque*. BARBARO rapporte que dans une observation de VIGNES, l'examen histologique du placenta et des membranes avait montré des signes nets d'endométrite déciduales :

« Une forte congestion des villosités, contrastant avec l'étroitesse des gros troncs, peut-être due à une endovascularite débutant dans ces troncs ;

Une thrombose périvilleuse ;

Des traces nettes d'infection périvasculaire de la caduque ».

L'appendicite favorise-t-elle, dans une certaine mesure, la localisation extra-utérine de l'œuf fécondé ?

Cette éventualité paraît à priori possible, les brides cicatricielles qui déforment la trompe troublant à coup sûr sa physiologie. D'autre part, cette hypothèse serait cliniquement en accord avec des cas de grossesses tubaires apparus quelque temps après une crise d'appendicite (WOHLGEMUTH) et pour lesquels l'intervention a révélé

des adhérences coudant la trompe et la reliant à l'appendice.

Il est cependant difficile de prouver que ces adhérences constatées opératoirement sont contemporaines d'une crise antérieure et qu'elles sont par conséquent la cause de la nidation de l'œuf dans la cavité tubaire. Comment, aussi, expliquer de cette manière la coexistence d'une grossesse tubaire gauche, comme dans une observation que nous rapportons (Observation N° XXXVII).

« Si l'appendicite devait jouer un rôle important dans la genèse de la grossesse tubaire, il serait rationnel de penser que cette cause venant s'ajouter à d'autres, la grossesse ectopique droite devrait être plus fréquente que la gauche ».

Or, « sur un total de 585 observations collectionnées par Pozzi, la grossesse s'est développée 290 fois à droite et 295 fois à gauche ». (SEJOURNET).

Par contre, nous pensons qu'il est très vraisemblable qu'une crise d'appendicite hâte une rupture de grossesse tubaire en rendant la trompe plus fragile, et détermine, par la suite, la suppuration de l'hématocèle qui peut en résulter. La coïncidence plusieurs fois signalée et si troublante des deux affections trouverait peut-être là sa véritable explication.

Il va de soi que *l'avenir du produit de conception reste dans bien des cas réservé*, surtout quand la maladie évolue insidieusement.

La mortalité infantile peut alors devenir considérable et dépasser 50 % (85 p. 100 d'après ABRA-

HAMS), car à la mortalité par avortement s'ajoute celle des enfants viables morts in utero ou nés vivants pour succomber après l'accouchement.

Certains auteurs, parmi lesquels DONOGHUE, ont pensé que la mort du fœtus était due à l'hyperthermie, alléguant qu'une température de 41° est toujours fatale pour le produit de conception. Cependant, une telle élévation de la température ne se voit qu'exceptionnellement au cours de l'appendicite, et, quand elle existe, il serait plus logique de la considérer comme un agent susceptible de déclancher un début de travail.

En réalité, comme nous l'avons vu plus haut, les toxines et les agents infectieux peuvent atteindre le fœtus par *voie transplacentaire* ou encore par *voie transmembraneuse et amniotique*. La mort résulte donc de l'intoxication ou de l'infection et elle survient avant ou après l'accouchement, selon la longueur du travail.

Dans quelques cas heureux l'enfant intoxiqué vit, mais il se développe difficilement, sa santé reste fragile, et il présente souvent jusqu'à un âge très avancé une grande susceptibilité du tube digestif. (Observation N° XXIX).

Enfin, l'appendicite devient quelquefois au moment du travail une cause de *dystocie*.

C'est ainsi qu'un *abcès appendiculaire* volumineux et solidement limité a pu empêcher l'engagement du fœtus dans la filière pelvienne et nécessiter l'opération césarienne (Cas de BETH).

Mais, le plus souvent, la dystocie résulte de *l'inertie utérine* : le muscle utérin, obéissant à la loi de STOKES-CHOPART, se paralyse progressive-

ment, les contractions deviennent de moins en moins efficaces et l'on est dans l'obligation d'extraire artificiellement l'enfant. Ce phénomène est fréquemment observé dans les cas de péritonite appendiculaire (Observations N° XXXI, XXXVI).

SYMPTOMATOLOGIE

Appendicite aiguë pendant la grossesse

A) *Appendicite aiguë typique*

La symptomatologie de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte varie selon l'âge de la grossesse.

Tandis que pendant les quatre premiers mois de la gestation les signes observés sont ceux de l'appendicite en général, au cours des cinq derniers mois certains symptômes se modifient, disparaissent même pour faire place à des signes nouveaux qui peuvent facilement conduire le clinicien le plus averti au diagnostic d'affections différentes.

C'est donc cette symptomatologie bien particulière que nous nous efforcerons d'exposer, puisque sa meilleure connaissance nous permettra souvent, par un diagnostic précocement posé, d'instituer une thérapeutique chirurgicale convenable et de sauver la mère et l'enfant.

DIEULAFOY a écrit dans ses remarquables Cliniques de 1897-1898 : « Que l'appendicite survienne pendant la grossesse ou après l'accouchement..., elle débute sans prodromes, en pleine santé, par

une douleur localisée à la fosse iliaque droite. Cette douleur n'atteint pas d'emblée toute sa vivacité... Interrogez avec soin vos malades... et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs acquièrent toute leur intensité, et encore cette vivacité est-elle bien rarement excessive... Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendraient ailleurs), le point d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est là que débute la douleur..., que vous constaterez son maximum, c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est là enfin que, par le chatouillement de la peau, vous provoquerez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs ».

Le Professeur PINARD a également soutenu, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1900, que la douleur et la défense musculaire sont des signes constants.

Cependant l'analyse des nombreuses observations publiées montre qu'il n'en est pas toujours ainsi.

En premier lieu, les *signes physiques ou locaux*, d'une très grande valeur lorsqu'ils existent avec netteté, sont presque toujours considérablement modifiés par les troubles mécaniques qui résultent du développement de l'utérus gravide.

D'autre part, la présence de l'utérus dont les dimensions sont déjà importantes et le développement constant, rend malaisé leur recherche, en sorte que, même en présence de signes généraux et fonctionnels de réaction péritonéale, il est dans

certains cas difficile de reconnaître à leur origine une atteinte appendiculaire.

C'est ainsi que les *phénomènes douloureux* qui constituent un symptôme si précieux, sont variables aussi bien dans leur intensité que dans leur siège, et, si l'auteur américain COOKE, soulignant la valeur de ce signe, a pu écrire avec raison en 1909 : « on doit toujours suspecter l'appendicite chaque fois qu'une femme enceinte se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite », il n'en est pas moins vrai que fréquemment, au cours d'appendicites très graves, « la douleur peut être diffuse, à peine localisée à droite et parfois ne pas exister à ce niveau ». (CROSTE, 1906)

La localisation douloureuse au point classique de MAC BURNEY est donc loin d'être la règle, surtout quand il s'agit de grossesses avancées.

On observe le plus souvent des douleurs abdominales vagues qui se localisent tardivement dans la fosse iliaque droite.

Il arrive aussi que la douleur intéresse le flanc ou l'hypocondre droits, ou siège très haut, dans la région ombilicale voire même dans les régions épigastrique et sous-hépatique avec irradiations à l'épaule droite, comme pour une cholécystite. Cette élévation du point douloureux correspond généralement à une ascension de l'appendice et du cæcum sous la poussée utérine. (Observations N° XXII à XXIV).

Aussi bien, au cours de l'examen, si la fosse iliaque droite se montre indolore, le maximum devra néanmoins être recherché « là où il doit être, c'est-à-dire plus haut et plus en arrière que

normalement, là où le globe utérin, en se développant, a refoulé le cæcum et l'appendice ». (VIGNES).

Dans certains cas, la douleur initiale périombilicale ou épigastrique gagne brusquement la fosse iliaque droite, puis s'étend à tout l'abdomen. Ce type paraît intéressant à retenir, car, pour plusieurs auteurs (SEGUY en particulier), il serait l'indice d'une évolution vers la péritonite localisée ou généralisée.

Pour situer ce maximum douloureux, il est avantageux de placer la malade dans le *décubitus latéral gauche*, comme le conseillent BRINDEAU, DEMELIN et DEVRAIGNE, PORAK et SCHWARTZ.

Il est possible d'obtenir ainsi un réveil spontané de la douleur par compression et refoulement des gaz du côlon descendant vers le cæcum.

En outre, cette position, en libérant le côté droit de l'abdomen, permet un accès clinique plus facile sur la région iléo-cæcale.

Des caractères dont la valeur nous paraît secondaire ont été décrits comme bien spéciaux à cette douleur appendiculaire.

C'est tout d'abord son *réveil* ou son *exacerbation par les mouvements fœtaux*. En réalité, ce signe est rarement observé, et nous ne l'avons guère vu rapporter que dans une observation de JERLOV reproduite dans la thèse de SEGUY.

Un deuxième caractère est *l'accroissement des phénomènes douloureux par l'élévation active du membre inférieur droit au-dessus du plan du lit*. Ce symptôme communément désigné sous le nom de signe de JAWORSKY, est certainement d'une

réelle utilité, mais il n'appartient pas en propre à l'appendicite gravidique.

La *défense musculaire* qui, intensifiée, devient de la contracture, est un signe excellent de réaction péritonéale consécutive à une lésion appendiculaire quand elle siège dans la fosse iliaque droite. Mais, comme pour la douleur, son siège est variable ; bien plus encore, elle fait presque toujours défaut, et ceci, en raison de l'écartement et de la distension des muscles abdominaux ainsi que de la situation profonde du cæcum et de l'appendice (SEGUY). Pour certains auteurs, l'absence de défense serait symptomatique de formes adynamiques et hypertoxiques ou de péritonite généralisée.

L'hyperesthésie cutanée, manifestation clinique sur laquelle insiste DIEULAFOY, manque souvent et LOEVENART attribue cette absence aux « troubles apportés à la structure de la paroi abdominale par le développement de la grossesse ».

Un symptôme nouveau, signalé par PORAK et DANIEL, et considéré comme l'un des plus importants par FAVREAU et CHAPUT, VAUDESCAL, VIGNES, LEMELAND, est le phénomène de la *tension permanente et douloureuse de l'utérus gravide*.

C'est souvent après avoir recherché vainement le point appendiculaire que la palpation finit par révéler une douleur utérine très nette qui fait envisager une complication obstétricale.

Quelquefois on se trouve en présence de femmes souffrant de coliques abdominales intermittentes, comparables aux tranchées gravidiques ou

coliques du travail, siégeant dans le bas-ventre, se rapprochant et s'intensifiant de plus en plus pour masquer bientôt tous les autres symptômes et orienter le praticien vers le diagnostic d'avortement ou d'accouchement prématuré en cours. (Observations N° VII et XXVI).

L'erreur est d'autant plus facile que, à l'examen physique, le toucher combiné au palper ou le palper seul révèlent des réactions utérines en faveur d'un début de travail.

Dans certains cas l'utérus est d'une dureté ligneuse, et, si l'affection est apyrétique, on envisage la possibilité d'un hématome rétro-placentaire. Toutefois, si l'utérus a gardé sa forme et son volume normaux, il s'agit plus vraisemblablement d'une appendicite.

« Dans d'autres cas, l'utérus n'est pas aussi dur, mais présente une tension spéciale permanente ou survenant par périodes plus ou moins espacées » (SZILAGYI) faisant croire à un avortement ou à un commencement d'accouchement. En réalité, on se trouve en présence d'un faux travail, car le col n'a aucune tendance à se dilater. (Observation N° XXVI).

Du point de vue physio-pathologique, SZILAGYI considère ce phénomène comme « une contraction réflexe du muscle utérin sous-jacent à une séreuse péritonéale en état d'inflammation ».

Pour SEGUY, « rien ne prouve que ce signe ne traduise pas le début d'un travail pathologique déclenché par les accidents péritonéaux et dont le premier signe serait cette contraction utérine ». Cet auteur pense également que cette contraction douloureuse ne serait pas spéciale à l'appendicite,

mais symptomatique de péritonite généralisée, quelle qu'en soit la cause.

La tension permanente et douloureuse de l'utérus doit donc être retenue et recherchée en raison de sa netteté et de sa facile constatation. Quand elle existe, elle permet d'éliminer les affections ne s'accompagnant pas de réaction péritonéale, mais elle expose malheureusement aussi à de fâcheuses méprises. Aussi bien, devra-t-on toujours rechercher scrupuleusement les autres signes d'appendicite.



Les *symptômes fonctionnels ou gastro-intestinaux* sont également loin de toujours apporter un concours efficace à l'établissement du diagnostic positif, car leur signification est bien souvent discutable.

Les *nausées* et les *vomissements*, signes de valeur au cours d'une appendicite ordinaire, peuvent facilement être attribués à la grossesse qui, par des mécanismes divers, est fréquemment à leur origine.

Pour certains auteurs les vomissements ne seraient pas constants et FILHASTRE écrit dans sa thèse que 50 % des femmes ne vomissent pas. SEGUY, au contraire, prétend qu'ils sont assez fréquents : 7 fois sur 10 dans des cas légers et 3 fois sur 4 dans les cas graves.

Quoi qu'il en soit, il sera toujours prudent de penser à l'appendicite en présence de vomissements à répétition, survenant brusquement et coïncidant avec une sensibilité abdominale et une

élévation de la température. Selon VIGNES, « des vomissements trop « incoercibles », un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires ».

On a prétendu à ce sujet que les vomissements incoercibles de la grossesse ont toujours une origine appendiculaire, et TOUPET s'est fait le défenseur de cette idée, invoquant plusieurs cas de guérison après appendicectomie. Cependant, pour ces cas heureux, n'est-on pas en droit de se demander, si comme bien souvent, l'élément névropathique ne jouait pas un rôle prépondérant dans la pathogénie des accidents ?

La *constipation* est fréquemment observée chez la femme enceinte sans qu'il y ait toujours pour cela appendicite.

Néanmoins, elle revêt une réelle importance quand elle est rebelle et anormalement douloureuse, conséquence des « effets additionnés d'une constipation constitutionnelle, d'une constipation gravidique et surtout d'une constipation appendiculaire, inflammatoire, qui explique cette incoercibilité ». (VIGNES).

Elle peut quelquefois faire place à de la diarrhée, mais elle peut encore aller jusqu'à *l'arrêt complet des matières et des gaz*, simulant une occlusion intestinale.

Les *signes généraux* ne constituent pas non plus un élément très sûr de diagnostic au cours de la puerpéralité.

Ils sont en effet inconstants, variables, et peuvent être attribués aussi bien à une appendicite qu'à un tout autre syndrome inflammatoire aigu de l'abdomen.

C'est ainsi qu'un *état général* apparemment bon masque souvent de graves lésions péritonéales et que des malades arrivent à la phase de péritonite diffuse sans altération du facies (Observation N° XXVII).

La *température* et le *pouls* sont également des guides infidèles et peu sûrs.

La fièvre est rarement élevée ; il est plus habituel de noter une température modérée ou légère, et même quelquefois l'apyrexie est complète.

Toutefois, le pouls prend une singulière importance quand il s'élève à 100, 120 et au-delà, tandis que la température reste basse. On doit redouter dans ces cas une généralisation de l'infection. Malheureusement, cette dissociation peut manquer (Observation de BRINDEAU et JEANNIN, N° XXVIII), et, quand elle existe, elle ne présente souvent plus qu'une valeur pronostique.

Les *frissons*, rarement rencontrés, sont presque toujours symptomatiques de péritonite appendiculaire plus ou moins diffuse, ou encore de pyélonéphrite associée.

Enfin, plusieurs auteurs, pour être classiques, mentionnent deux signes qui n'en présentent pas moins une valeur accessoire : une respiration à type costal et un œdème de la portion latérale droite de la paroi abdominale.

La *respiration à type costal*, loin d'être spéciale à l'appendicite de la femme enceinte, n'est **qu'une** manifestation de péritonite en général et elle peut se voir aussi bien chez l'homme, que chez la femme comme l'a bien montré DELBET dans un article de *La Clinique* de 1912.

Quant à l'*oedème pariétal* intéressant le flanc droit pour remonter jusqu'au rebord costal, il n'a guère été observé que par TEDENAT, et nous ne l'avons retrouvé dans aucune des observations publiées, même récentes.



B) *Appendicites atypiques.*

L'aspect clinique souvent polymorphe et trompeur que nous venons de décrire devient d'une complexité encore plus grande quand l'appendice ne conserve plus sa position habituelle par rapport au cæcum, affectant différentes modalités de siège pour devenir pelvien, rétro-cæcal ou latéro-cæcal.

C'est ainsi que dans l'*appendicite pelvienne*, la douleur est sourde, profonde, et basse, pouvant simuler une sensibilité annexielle, et ceci, d'autant plus que l'appendice est alors en rapports étroits avec l'ovaire et la trompe, et quelquefois en contact direct avec ces organes auxquels il peut être fixé par des néoformations inflammatoires. L'examen génital vient par surcroît pousser à l'erreur en montrant un empâtement douloureux du cul-de-sac latéral droit, ou du cul de sac de Douglas. D'autre part, l'inflammation appendiculaire pour-

ra encore retentir sur les autres organes voisins et déterminer soit une irradiation des douleurs vers le membre inférieur droit par irritation nerveuse, soit aussi des réactions vésicales se manifestant par une pollakiurie inexpliquée (Observation N° XXIX).

CHEVALIER avait déjà bien mis ces faits en évidence dans sa thèse de Paris de 1900, où l'on peut lire : « La douleur de l'appendicite pelvienne peut être à droite, prédominer à gauche au début, être rétro-pubienne, hypogastrique même, irradier dans la jambe droite. On peut avoir de la douleur vésicale ou rectale. La palpation au point de Mac Burney est à peu près indolore ».

On conçoit aisément que la défense musculaire fasse le plus souvent défaut ; mais cette forme pelvienne semble devoir prédisposer à de fréquentes réactions utérines. La tension permanente et douloureuse de l'utérus demeurera donc un excellent signe d'appendicite si elle est associée à des vomissements tenaces et à une constipation anormale et rebelle.

L'appendicite rétro-cæcale se caractérise par une douleur spontanée ou provoquée siégeant en arrière au niveau de l'angle costo-vertébral (Observation N° XXXVI), comme les douleurs rénales ou pyélo-urétérales. Ce point semble devoir être retenu, car il peut devenir un élément sérieux de diagnostic quand on a par ailleurs des raisons de suspecter une appendicite. En outre, une main exercée palpant avec douceur cette même région, appréciera maintes fois une réaction pariétale, une

défense ou une contracture lombaire, qu'on ne peut logiquement observer dans la fosse iliaque droite.

Une symptomatologie occlusive avec arrêt des matières et des gaz est fréquemment l'apanage des *formes d'appendicite latéro-cæcale* (Observation N° VII). Dans ces cas, on pensera presque toujours aux autres causes d'occlusion intestinale, et le diagnostic exact ne sera posé qu'au cours de l'intervention. Pour certains auteurs, ces phénomènes occlusifs seraient d'ordre paralytique et consécutifs au voisinage du foyer infectieux. LARDENNOIS pense que l'occlusion est purement mécanique, certaines appendicites latérales internes réalisant sur la terminaison iléale une véritable sténose inflammatoire.



Appendicite aiguë au cours du travail

L'appendicite aiguë apparaissant au moment du travail chez une femme à terme est particulièrement redoutable du fait de sa méconnaissance fréquente et aussi du coup de fouet que les phénomènes mécaniques donnent à l'infection.

En effet, à ce stade ultime de la grossesse, le tableau clinique est le plus souvent sournois, et les douleurs ressenties par la malade sont mises sur le compte de l'accouchement qui se prépare.

L'évolution des lésions s'effectue donc librement, accélérée, compliquée, considérablement aggravée par l'action néfaste des contractions uté-

rines, qui aboutissent presque toujours à la perforation de l'appendice altéré et fragile, à la rupture des adhérences circonscrivant l'inflammation débutante ou déjà collectée, et, finalement à la péritonite généralisée.

Ces divers accidents sont d'autant plus inévitables que l'appendice adhère à l'utérus ou que celui-ci fait partie de la paroi de l'abcès (Observation N° XXXVI).

De même, l'élévation de l'appendice favorise grandement la diffusion de l'inflammation à toute la séreuse péritonéale.

C'est alors que l'altération des traits, la défaillance brutale de l'état général, l'écclération et la petitesse du pouls viennent traduire une complication inattendue et inquiétante. On pense à une rupture ou à une infection utérines, à une hémorragie interne. L'intervention d'urgence s'impose et révèle l'existence d'une péritonite appendiculaire déjà trop avancée pour qu'on espère sauver la malade (Observation N° XXXI).

Aussi bien, a-t-on recherché les signes qui permettraient de dépister une si grave complication, et plusieurs auteurs ont décrit des caractères spéciaux aux douleurs utérines qui seraient « irrégulières et peu fortes » (Observation N° XXXI), « longues, très pénibles, avec intervalles douloureux » (Observation N° XXXVI). D'autre part, le cri de la femme aurait un timbre inaccoutumé ; on a parlé d'un cri « plus aigu, plus plaintif que chez une parturiente normale » (Observation N° XXX). Malheureusement, ces symptômes nous paraissent trop peu objectifs pour être reconnus et interprétés dans la majorité des cas.

Appendicite des suites de couches

L'appendicite des suites de couches prend une allure différente selon qu'elle survient rapidement ou tardivement après l'accouchement.

Si la crise n'apparaît qu'à la troisième ou quatrième semaine, on retrouve les signes classiques de la maladie, le diagnostic en est la plupart du temps facile, et l'évolution n'est pas plus maligne qu'en dehors de la gravidité. (Observation N° X et XXXIII).

Au contraire, une poussée qui se déclare immédiatement après un accouchement, ou dans les premiers jours qui le suivent, est insidieuse et d'un pronostic toujours plus réservé, la rétraction brutale de la matrice pouvant, à elle seule, réveiller des foyers inflammatoires anciens et mal éteints (Observation N° XXXV), ou encore venir ajouter son action à celle du travail. C'est qu'en effet, pratiquement, deux sortes de cas se présentent : soit une crise ayant débuté au moment du travail et se révélant après lui par une brusque altération de l'état général, soit une crise apparaissant soudainement après une grossesse et un accouchement en tous points normaux (Observations N° XXXII et XXXIV).

Quels que soient ces cas, leurs manifestations cliniques sont également frustes, et l'affection reste le plus souvent ignorée jusqu'aux signes de péritonite que la laparotomie vient confirmer et préciser. VIGNES rapporte à ce sujet trois symptômes qu'il qualifie de « biens trompeurs », et qui ne peuvent que faire errer longtemps le diagnostic. Ce sont ;

« L'existence de douleurs à type de tranchées utérines qui détournent l'attention loin de l'appendice » ;

« Une langue parfaitement humide, mais avec lèvres sèches » ;

« Un ventre parfaitement souple, ce qui s'explique par la distension que la gestation avait fait subir aux muscles de la paroi ».

ÉVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE

L'appendicite de la femme enceinte peut affecter toutes les formes évolutives que l'on rencontre en dehors de la gestation, mais avec cette différence que les formes graves sont plus fréquemment observées, et surtout pendant les derniers mois de la grossesse. D'autre part, ces cas graves prennent une allure atypique ou bénigne (Observation N° XXVII), retardent ainsi le diagnostic et rendent le pronostic de l'affection beaucoup plus sombre, en sorte que, pratiquement, même en présence de signes d'appendicite, il n'est pas toujours facile de savoir au premier abord s'il s'agit d'une crise simple ou d'une poussée compliquée de péritonite localisée ou généralisée.

Il est possible que la crise évolue vers une *résolution rapide* par le simple traitement médical consistant en repos, diète et application de glace (Observations N° II et XXV). La grossesse n'est le plus souvent par perturbée et tout rentre rapidement dans l'ordre, exceptés les phénomènes douloureux qui régressent plus lentement. Cette crise bénigne, qui se rencontre habituellement au cours des premiers mois de la gravidité, reste néanmoins très dangereuse, car elle a de nom-

breuses chances de récidiver à une période bien plus critique quant à son évolution spontanée et aussi quant au traitement qui devient plus difficilement applicable (Observation N° XXV).

Dans d'autres cas, l'évolution se fait vers la *péritonite* plastique ; et, malgré le traitement médical, la résolution est tardive. Les vomissements disparaissent, l'état général s'améliore, mais la température persiste avec un pouls accéléré. Si la topographie cæco-appendiculaire n'est pas modifiée, la palpation révèle dans la fosse iliaque droite un plastron péritonéal qui ne se résorbe qu'en un ou deux mois.

Cependant, si des réactions utérines viennent compliquer la crise, ou encore, si la crise se produit au moment de l'accouchement ou dans les suites de couches immédiates, l'allure de l'affection court les grands risques d'être des plus graves. C'est qu'en effet, « les phénomènes mécaniques de l'avortement et de l'accouchement semblent dans nombre de cas aggraver nettement les processus inflammatoires appendiculaires anciens et récents » (SEGUY). Au cours du travail, les contractions utérines tiraillent ou compriment l'appendice, rompent les adhérences protectrices, et cette action se poursuit pendant l'involution utérine. On doit alors toujours craindre une extension plus ou moins importante des lésions, une péritonite circonscrite ou diffuse.

La *péritonite localisée* se produit pendant le travail ou dans les jours qui suivent l'accouchement ; mais elle peut aussi apparaître en l'absence de toute réaction utérine, par ramollissement d'un plastron de péritonite plastique. Elle se ma-

nifesté par une altération progressive de l'état général, avec élévation de la température qui effectue des oscillations, et accélération du pouls. Dans les cas favorables à l'examen clinique, la palpation montre, dans la fosse iliaque droite, l'existence d'une masse plus ou moins fluctuante, de consistance quelquefois tumorale. Toutefois, ces collections peuvent être multiples (Observation N° XXXVI), de siège variable, et leur interprétation n'en devient que plus délicate : on peut alors facilement les confondre avec n'importe quelle suppuration ou collection abdominale, empyème de la vésicule biliaire ou kyste de l'ovaire par exemple (Observation N° XXII). Quand l'abcès est profond, seuls les touchers rectal et vaginal permettent de le déceler sous la forme d'une masse d'abord rénitente, puis fluctuante, comblant le cul-de-sac de Douglas (Observation N° XXIX). Dans tous ces cas, la formule leucocytaire est d'un grand secours en montrant une hyperleucocytose atteignant au moins 25.000 globules blancs.

La funeste complication qu'est la *diffusion de l'inflammation à toute la séreuse péritonéale* peut se voir au cours du travail si celui-ci est pénible et lent (Observation N° XXXI), mais elle survient le plus souvent dans les suites de couches et elle est d'autant plus redoutable que fréquemment la crise a déjà débuté au moment de l'accouchement.

Si, dans quelques cas heureux, certains signes tels que la généralisation de la douleur à tout l'abdomen et surtout l'apparition de contracture permettent de la dépister à temps et de la traiter précocement, son aspect clinique demeure presque

loulours trompeur. Adynamique ou non, elle se caractérise généralement par la latence de ses symptômes, d'où l'extrême difficulté de son diagnostic et son pronostic particulièrement sévère (Observation N° XXXIV).

En outre, il est possible qu'une « accalmie traîtresse », signalée par KÖNIG et observée par VIGNES, apparaisse après l'accouchement : les douleurs diminuent d'intensité, les vomissements disparaissent, la température baisse, mais le pouls reste rapide. Cette accalmie est prémonitoire d'un collapsus prochain.

Enfin, la péritonite généralisée peut, comme en dehors de la gravidité, se développer à n'importe quelle période de la grossesse sans qu'il y ait préalablement de phénomènes de travail. L'interruption de la gestation est alors fatale, et, quelquefois, l'évolution se fait rapidement vers la mort avant tout début de travail (Observation N° XXVII)

DIAGNOSTIC

La variabilité et la modification fréquente des symptômes de l'appendicite au cours de la puerpéralité font que son diagnostic reste souvent difficile.

Ces difficultés sont, comme nous l'avons vu, fonction de l'âge de la grossesse, et elles augmentent au moment du travail et dans les suites de couches immédiates.

On devra donc toujours y penser en présence d'un syndrome abdominal aigu, même si les phénomènes observés prennent une allure atypique ou bénigne.

On ne saurait, en effet, jamais être trop prudent en ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une affection dont l'évolution peut se faire si insidieusement vers les complications les plus redoutables.

Diagnostic positif

Dans l'établissement du diagnostic positif, trois points importants sont à retenir :

La notion de crises antérieures ;

Certaines particularités cliniques consistant en une appréciation un peu spéciale des symptômes

que l'on recherchera à l'aide de procédés qui les rendront plus évidents ;

La pratique d'utiles examens complémentaires : formule leucocytaire surtout, et, si possible, radioscopie.

Nous savons, en effet, que la gestation est un facteur important de récurrence, certaines femmes présentant régulièrement une poussée appendiculaire à l'occasion de leur grossesse (Observation N° XXI). Plusieurs auteurs, parmi lesquels FELLNER, ont même prétendu qu'une appendicite ancienne récidive fatalement pendant la gestation et qu'elle a de sérieuses chances d'être grave.

L'existence d'une crise antérieure constitue donc un excellent élément de diagnostic en faveur de l'appendicite.

Cependant, il est des femmes qui, sans avoir jamais présenté de crise à symptomatologie bruyante, ont souffert à plusieurs reprises de douleurs sourdes localisées au niveau de la fosse iliaque droite, coïncidant avec leurs époques menstruelles et accompagnées de constipation et de nausées. Ces notions sont encore d'une grande utilité, car elles traduisent souvent des lésions d'appendicite chronique que la gravidité est venue réveiller.

Au cours d'une gestation jeune les signes habituels de l'appendicite sont presque toujours retrouvés ; mais, si l'on est appelé à examiner une

malade près du terme ou au moment du travail, on doit « se rappeler que la recherche du maximum de la douleur au point de Mac Burney peut être négative par suite des modifications apportées par l'utérus gravide dans les rapports anatomiques de l'appendice ». (CLOTAIN).

L'examen clinique doit alors être complété par certains procédés qui s'imposent particulièrement pendant la grossesse et que nous croyons devoir rappeler.

Le *décubitus latéral gauche*, recommandé par FRAENKEL, BRINDEAU, DEMELIN et DEVRAIGNE, en faisant basculer l'utérus à gauche, dégage appréciablement la fosse iliaque et le flanc droits, permettant ainsi une recherche plus aisée des signes.

D'autre part, on ne doit jamais omettre de pratiquer les *touchers vaginal et rectal* qui peuvent, dans certains cas, permettre de différencier une douleur d'appendicite pelvienne d'une sensibilité annexielle résultant soit d'une inflammation salpingienne, soit d'une rupture de grossesse tubaire. Ce mode d'examen permet en outre de déceler l'existence d'abcès profonds pelviens ou rétro-cæaux, dont la symptomatologie est le plus souvent fruste.

De même, la *formule leucocytaire* ne doit pas être négligée, car dans bien des cas, elle est la seule clef du diagnostic de suppuration appendiculaire. Une hyperleucocytose dépassant 20.000 globules blancs est souvent l'indice d'une collection purulente que l'examen clinique ne pouvait que faire soupçonner.

La *radioscopie* après lavement baryté permet de localiser d'une façon plus précise la douleur au niveau de l'appendice, quand cet organe est déplacé. Toutefois, cet examen est rendu difficile par la présence de la masse opaque utérine, et, quelquefois, la gravité des symptômes contre-indique toute recherche de ce genre.

En définitive, l'apparition brusque de phénomènes abdominaux douloureux accompagnés de constipation ou arrêt des gaz, d'altération de l'état général, de température et d'accélération du pouls chez une femme à passé appendiculaire, doit, avant tout, faire penser à l'appendicite et orienter le traitement dans ce sens.

L'erreur est évidemment possible, mais ses conséquences sont minimales comparativement à celles que peut engendrer la méconnaissance d'une telle maladie.

Pratiquement, mieux vaut se tromper tôt en faveur de l'appendicite qu'attendre, pour affirmer le diagnostic, un début de travail prématuré et les signes de péritonite.

Diagnostic différentiel

Les difficultés du diagnostic ne proviennent pas seulement du polymorphisme clinique de la maladie.

Bien des troubles, en effet, dont les manifestations rappellent celles des inflammations appendiculaires, peuvent apparaître à l'occasion de la grossesse.

C'est ainsi que certaines *maladies infectieuses*, et surtout les affections du tube digestif, du foie, des reins, des organes génitaux, les complications purement gravidiques peuvent, en maintes circonstances, en imposer pour une appendicite.

Bien plus, l'appendicite peut coexister avec l'une de ces affections, et les cas d'association à des pyélonéphrites, ruptures de grossesses tubaires, avortement, sont loin d'être exceptionnels.

L'erreur ne sera donc, dans la mesure du possible, évitée que par une analyse minutieuse des symptômes dont la synthèse permettra ensuite une meilleure interprétation.



Les *maladies infectieuses* peuvent, assez rarement il est vrai, être confondues avec l'appendicite.

Une température constante oscillant entre 38 et 40° peut faire croire à une *fièvre typhoïde* (Observation N° XXI). D'autre part, l'apparition d'une perforation appendiculaire ou typhique est une cause sérieuse de confusion, car les phénomènes généraux et péritonéaux sont à peu près identiques dans les deux genres d'accidents. Cependant, presque toujours, la typhoïde se reconnaîtra à son début progressif et insidieux, à ses prodromes tels que céphalées, insomnies, épistaxis.

De même, à de rares occasions, le diagnostic se pose avec les *accidents graves de colibacillose gravidique*. De sérieuses difficultés peuvent alors surgir, car la colibacillose s'accompagne quelque-

fois de vomissements et de douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite, très vraisemblablement dûs à une réaction appendiculaire. Dans une observation que nous rapportons l'erreur a été commise, et seule l'intervention a montré un appendice parfaitement sain (Observation N° XXXIX). Dans les cas hésitants, l'hémoculture semble devoir être un excellent moyen de différenciation.

Plus intéressantes, du point de vue différentiel, se révèlent certaines *affections du tube digestif et des voies biliaires* parce que plus fréquemment rencontrées.

L'indigestion est rarement confondue avec l'appendicite (Obs. N° XL). Assez fréquente au cours de la grossesse, elle se reconnaît à ses vomissements violents, à l'absence de signes généraux et de douleur au point de Marc Burney.

Les manifestations aiguës de *l'entérocélite muco-membraneuse* se caractérisent par la mobilité et la variabilité de la douleur qui n'a pas d'horaire fixe, ainsi que par la présence de membranes, de « peaux » ou de sable dans les déjections. De plus, les deux maladies sont rarement associées.

L'appendicite, surtout quand elle est latéro-cæcale interne ou pelvienne, prend quelquefois l'allure d'une *occlusion intestinale* avec arrêt des gaz, météorisme abdominal et vomissements. Ici le danger réside dans la méconnaissance de l'origine appendiculaire des phénomènes occlusifs, et,

selon GLOTAÏN, « cette erreur peut avoir des conséquences graves.... en étant une cause de temporisation si le diagnostic s'oriente vers l'occlusion et qu'il s'agisse réellement d'appendicite ». Bien souvent, le diagnostic ne sera posé qu'après laparotomie exploratrice.

Dans le même ordre d'idées, on peut être conduit à envisager la possibilité d'une *hernie étranglée*. L'exploration minutieuse de tous les orifices herniaires est alors nécessaire et permet d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic. D'autre part, fait important, « la hernie étranglée est exceptionnelle après le cinquième mois de la grossesse, car l'utérus gravide surélève la masse intestinale et vient obturer les orifices herniaires ». (GLOTAÏN).

VAUTRIN a rapporté, en 1914, une observation de *diverticulite* au cours de la gestation, prise pour une appendicite. En réalité, cette complication est exceptionnelle, son diagnostic est par conséquent impossible, et, d'ailleurs, l'erreur est sans conséquences fâcheuses, puisque, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention d'urgence s'impose.

La *colique hépatique*, accident fréquent de la grossesse et des suites de couches, est presque toujours facilement reconnue, grâce à ses symptômes typiques. Elle apparaît et disparaît soudainement, siège dans la portion supérieure de la région abdominale droite et irradie vers l'épaule droite. Les troubles abdominaux sont peu accusés et l'apyrexie est habituelle. Un subictère des conjonctives et une décoloration plus ou moins accentuée des fèces viennent par la suite compléter ce tableau clinique.

Il est souvent très délicat de différencier une

appendicite d'une *cholécystite aiguë*. Ces deux affections, chez lesquelles le facteur colibacillaire intervient également, ont des signes généraux et fonctionnels à peu près identiques. Le siège parfois très élevé du cæcum et de l'appendice entraîne une élévation du point douloureux qui peut être interprété comme un point vésiculaire (Obs. N° XLI). D'autre part, dans ces cas, si un abcès s'est déjà collecté autour de l'appendice, rien n'est plus facile que de le considérer comme un empyème de la vésicule biliaire (Obs. N° XXII). Le traitement chirurgical également nécessaire dans les deux cas sera fréquemment le seul moyen de diagnostic.



Parmi les *affections urinaires* dont la symptomatologie se rapproche de celle de l'appendicite, la *pyélonéphrite* surtout est susceptible d'être discutée.

Si, en effet, la *colique néphrétique*, qui est plutôt rare au cours de la grossesse, peut, par ses irradiations vers la cuisse et la vessie, faire penser à une appendicite pelvienne, sa douleur, cependant, se caractérise par une plus grande vivacité. D'autre part, il n'y a pas d'élévation thermique et l'examen des urines peut donner d'utiles renseignements.

La *pyélonéphrite*, au contraire, est une complication gravidique fréquente et souvent confondue avec les formes d'appendicite rétro-cæcale en raison d'une même symptomatologie faite de douleur et de défense lombaires. Une température irrégulière à grandes oscillations et de la pyurie

sont des signes excellents de pyélonéphrite. Cependant, si l'absence de pus dans les urines permet d'éliminer la pyélonéphrite, sa présence ne doit pas faire rejeter d'emblée l'appendicite, car ces deux affections, manifestations d'une même infection colibacillaire, peuvent coexister (Obs. N° XXXVIII).

L'existence d'affections gynécologiques peut également être une cause d'erreur.

La symptomatologie des *salpingo-ovarites* se rapproche souvent de celle de l'appendicite. Il est quelquefois très difficile de différencier par le toucher rectal ou vaginal un abcès péri-appendiculaire d'un pyosalpinx. De même aucun élément sûr ne permet de poser un diagnostic précis en cas de péritonite par rupture d'une poche salpingienne. Les difficultés deviennent parfois extrêmes quand les deux affections coexistent (Obs. N° VI et XI). La notion d'antécédents génitaux et puerpéraux, la bilatéralité des lésions, un début plus progressif de la maladie avec des symptômes moins inquiétants sont en faveur d'une annexite.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels MAYGRIER, VAUTRIN, VON EISELSBERG, PERY et PRINCETEAU, ont publié des cas de confusion avec des accidents de torsion de kyste de l'ovaire (Obs. N° XXXIV et XLII). Il est évident que l'infection du kyste augmente les possibilités d'erreur. Cependant, on est rarement appelé à discuter un pareil diagnostic.

D'autres difficultés non moins sérieuses de dia-

gnostic proviennent des *complications de la grossesse, du travail et des suites de couches*.

Il est très délicat de différencier des vomissements graves d'origine appendiculaire de véritables *vomissements incoercibles*. Des vomissements « trop incoercibles » accompagnée de fièvre et de sensibilité abdominale sont en faveur de l'appendicite, tandis que l'absence de température et des douleurs localisées à l'épigastre et dans la zone d'insertion du diaphragme traduisent plutôt de véritables vomissements incoercibles.

Il est fréquent de prendre une appendicite pour une *rupture de grossesse tubaire* et inversement (Obs. N° XLIV et XLV) surtout dans les premiers mois de la gestation. La douleur initiale est, en effet, dans les deux cas, brusque et violente ; elle peut, au cas de grossesse extra-utérine, siéger dans la fosse iliaque droite ou même être généralisée d'emblée à tout l'abdomen. Notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, a montré que dans certaines ruptures il pouvait exister une douleur à siège élevé, au niveau de l'hypocondre droit ou même dans la région scapulaire comme dans certaines formes d'appendicite ; mais cette douleur est généralement tardive, n'apparaissant que deux ou trois heures après la rupture, alors qu'elle est plus précoce dans l'appendicite.

Le toucher vaginal montre une tension des culs-de-sac qui peut s'observer dans les deux affections. Cependant, d'après PROUST, « une sensibilité exquise du Douglas provoquant une douleur intense qui, même chez une malade en demi-syncope, la fait se plaindre », est symptomatique d'inondation péritonéale.

La température est un élément différentiel des plus trompeurs, car on peut aussi bien voir une appendicite avec hypothermie qu'une rupture avec fièvre.

Dans les cas heureusement fort rares de coexistence de grossesse normale et de grossesse ectopique, il sera difficile d'éviter l'erreur ; en présence d'une symptomatologie équivoque on pensera plus volontiers à l'appendicite.

Un facies d'une pâleur cireuse, un état syncope et des pertes génitales de sang noirâtre demeurent d'excellents signes de rupture tubaire.

Cependant, l'erreur est sans gravité, puisque dans les deux cas l'intervention est nécessaire et que la précision du diagnostic n'a de valeur que pour le tracé de l'incision.

Il est possible aussi que la rupture de grossesse ectopique évolue vers la formation d'une *hématocèle rétro-utérine*. Si, pour une raison quelconque cette collection suppure, elle se révélera au toucher par une symptomatologie d'abcès appendiculaire pelvien et bénéficiera d'un même traitement.

Une appendicite évoluant silencieusement vers un abcès ou une péritonite irrite l'utérus et peut avoir comme premier symptôme un *travail d'avortement ou d'accouchement prématuré* (Obs. N° VII et XXX). S'en tenir à ce simple diagnostic d'interruption constitue une erreur grave et fréquemment commise que l'on s'efforcera d'éviter par un examen clinique scrupuleux. La recherche des antécédents, des signes généraux, et, dans certains cas, l'appréciation des phénomènes uté-

rins peuvent apporter un concours précieux au diagnostic qui reste pratiquement délicat.

L'apparition de symptômes abdominaux graves accompagnés de température, d'affaiblissement et d'accélération du pouls, d'altération de l'état général au cours d'un travail laborieux, peut faire penser à une *rupture utérine*. Sans doute, la revision manuelle de l'utérus est un excellent moyen de différenciation, mais elle ne peut se faire qu'après l'accouchement, d'où une perte de temps qui aggrave considérablement le pronostic en cas d'appendicite.

Le diagnostic avant l'accouchement est donc presque impossible et les difficultés sont accrues quand rupture et appendicite coexistent (Obs. N° XXXI). Les véritables lésions ne sont généralement précisées qu'à l'intervention commandée par la péritonite.

Enfin, pendant les suites de couches, en présence de vomissements, de fièvre et de douleurs abdominales, on peut facilement croire à tort à une *infection puerpérale* (Obs. N° XLVI) en raison de la souplesse la paroi. Cependant, l'absence de signes d'infection utérine tels que fétidité des lochies, corps gros, douloureux et mou, fera éliminer ce diagnostic et orientera plutôt vers l'appendicite qui évolue si insidieusement et si gravement dans ces cas.

PRONOSTIC

Pronostic maternel

Selon l'opinion classique *la gestation aggrave le pronostic de l'appendicite*. Ce fut là l'opinion de DIEULAFOY et de PINARD, toujours confirmée par les nombreuses publications parues depuis bientôt quarante ans.

La gravité de l'appendicite au cours de la puerpéralité s'explique par deux ordres de faits, les uns cliniques, les autres évolutifs :

L'étude de la symptomatologie et du diagnostic nous ont en effet montré que, bien souvent, cette affection reste méconnue ou n'est décelée que tardivement.

D'autre part, le développement de l'utérus entraîne des modifications anatomiques qui ne peuvent qu'avoir un rôle fâcheux sur l'évolution des lésions.

L'élévation du cæcum et de l'appendice permet une plus facile extension de l'inflammation à toute la séreuse parce que « l'appendice, au lieu d'être un organe juxta-pariétal, facilement séquestré par les adhérences, devient un viscère perdu au milieu des anses intestinales auxquelles il peut aisément propager ses infections ». (J.-B.

MURPHY). De même, le grand épiploon, refoulé vers le haut, ne joue plus son rôle protecteur et limitatif.

Mais, le principal facteur d'aggravation provient surtout des *effets traumatiques du travail et des suites de couches* qui, par les contractions et l'involution utérine, stimulent l'infection et permettent sa plus grande extension en détruisant les barrages protecteurs.

Ces faits trouvent leur confirmation dans de nombreuses statistiques publiées aussi bien en France qu'à l'étranger :

PINARD a observé 50 à 60 % de mortalité maternelle.

D'après PENARD, la mortalité est de :

17,8 % pour les grossesses de 1 à 5 mois ;

38,2 % pour les grossesses de 5 à 9 mois ;

53,3 % pendant le travail ou les suites de couches immédiates.

Plus récemment, PETIT et PRINCETEAU ont signalé :

10 % de décès pour les grossesses au début.

50 % de décès pour les grossesses avancées.

La gravité accrue des derniers mois est due au plus grand nombre de péritonites :

Sur 204 cas d'appendicite de la grossesse, JERLOV a trouvé 49 cas de péritonite diffuse.

Il est cependant des statistiques plus rassurantes qui prouvent la valeur incontestable d'un traitement chirurgical convenablement institué :

BOHLER ne signale qu'un décès sur 50 cas opérés.

JERLOV relève 9,5 % de morts sur 203 cas opérés.

Mais l'action curative de l'intervention est essentiellement fonction de sa précocité :

PETIT et PRINCETEAU trouvent, en effet, une mortalité de :

6 % dans les 48 heures ;

30 % le troisième jour ;

75 % le quatrième jour ;

90 % plus tard.

Le pronostic maternel demeure donc d'une extrême gravité, surtout quand la crise apparaît au cours de grossesses avancées et les chances de guérison dépendent essentiellement de la précocité de l'intervention.

Pronostic fœtal

L'apparition d'une crise appendiculaire chez la femme enceinte peut, dans bien des cas, interrompre la grossesse et compromettre la vie de l'enfant.

La mort du fœtus résulte soit de l'interruption précoce de la gestation alors qu'il n'est pas viable, soit de son intoxication.

Le taux de la mortalité infantile dépend donc de deux facteurs :

La fréquence de l'avortement liée à la gravité de l'infection ;

La rapidité d'apparition et d'évolution du travail, puisqu'un enfant viable n'a d'autant plus de

chances d'échapper à l'infection que l'accouchement débute et évolue plus précocement.

A l'époque où l'appendicite ne bénéficiait pas d'un traitement rationnel l'avenir du produit de conception était particulièrement sombre et l'on a pu rapporter jusqu'à 85 % de mortalité (ABRAHAMMS).

Par la suite, quelques auteurs ont observé des pourcentages moins importants d'interruption de la gestation :

56,25 % d'après BOIJE ; et

62 % selon STAEHLER.

De nos jours, la mortalité s'est encore amoindrie (33 % d'après HEINECK) ; mais elle paraît au moins égale à la mortalité maternelle.

Un plus grand nombre d'interventions précoces ou prophylactiques ne pourront que favoriser la conservation de la grossesse et sauvegarder ainsi la vie de l'enfant.

TRAITEMENT

L'insidiosité de l'appendicite de la gestation, l'impossibilité de prévoir quelle sera l'évolution d'une crise, même légère, démontrent péremptoirement qu'un seul traitement rationnel s'impose : l'intervention chirurgicale précoce.

Il ne saurait être question d'un traitement médical stérile et dangereux, défendu par quelques auteurs, parmi lesquels FÈRES qui apportait dans sa thèse quelques observations en faveur de ce mode de traitement. Dans certains cas, cependant, il peut être provisoirement utile quand, pour des raisons que nous exposerons plus loin, il est prudent de laisser refroidir les lésions avant d'opérer.

« L'intervention s'impose parce que nous ne sommes pas maîtres médicalement de l'évolution de l'appendicite, parce que surtout les manifestations cliniques sont particulièrement insidieuses ou trompeuses et que sous la vessie de glace la mieux appliquée, le sphacèle peut se produire ou s'achever, sans nous en avoir averti le moins du monde ». (SOURDILLE).

MUNDE et ABRAHAMS préconisaient déjà vivement cette attitude au début de l'histoire de l'appendicite de la femme enceinte.

— même PONCET a pu écrire : « L'intervention

précoce est d'autant plus rationnelle que les accidents appendiculaires abandonnés à eux-mêmes peuvent entraîner des accidents puerpéraux parfois très graves, par le double mécanisme d'une infection générale et d'une infection locale de voisinage ».

Prophylaxie

Veiller à une hygiène rigoureuse du tube digestif de toute gestante en luttant contre la stase fécale est une excellente précaution, car on combattra ainsi l'infection colibacillaire qui, très vraisemblablement, favorise l'apparition de l'appendicite.

D'autre part, la notion de crises antérieures est d'une grande utilité en permettant de traiter l'affection avant toute réapparition de crise.

Selon PINARD, « si dans la période d'activité sexuelle, une femme non enceinte ou une jeune fille présente des poussées d'appendicite, il est d'une sage prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future ».

Et MONOD ajoute que l'ablation de l'appendice à froid « sera pratiquée de préférence du troisième au quatrième mois ».

Indications opératoires

La moindre crise chez une femme enceinte à antécédents appendiculaires commande l'intervention rapide.

Seule la précocité de l'intervention permet d'éviter le début d'un travail prématuré dont les conséquences peuvent être désastreuses.

Le succès de l'intervention dépend donc de deux facteurs :

La précocité du traitement après la crise ;

La précocité du traitement dans le cours de la gestation.

Il est indispensable d'intervenir avant la propagation extra-pariétale de l'inflammation ; l'apparition d'une suppuration localisée devient dangereuse, car elle a beaucoup de chances de déterminer des réactions utérines qui favorisent la diffusion de l'inflammation.

Il est important d'opérer dès les premiers mois de la gestation, puisque, la plupart du temps l'affection a une évolution moins grave.

D'autre part, le cæcum et l'appendice sont toujours en position normale et l'utérus encore peu développé ne gêne en rien les manœuvres opératoires.

La seule cause possible d'ennuis réside dans l'hypervascularisation locale, qui, dans quelques cas, peut rendre l'hémostase difficile. (BRINDEAU).

Le traitement différant avec les diverses formes d'appendicite, il est nécessaire, pour l'appliquer rationnellement, de préciser le diagnostic et de déterminer le genre anatomique et le degré d'extension des lésions.

Appendicite simple

On intervient comme en dehors de la gestation si la crise ne remonte pas à plus de trente-six heures.

Si les accidents sont plus anciens et semblent s'amender il est préférable d'attendre, sous une surveillance attentive, le refroidissement des lésions, qui permettra d'opérer avec plus d'aisance et moins de risques pour la grossesse.

Péritonite plastique et abcès appendiculaire.

Il est encore nécessaire d'attendre un refroidissement prolongé du foyer inflammatoire en cas de péritonite plastique car il est très délicat d'atteindre l'appendice entouré de nombreuses adhérences sans traumatiser l'utérus et sans favoriser l'extension de l'inflammation.

Si un abcès se collecte, s'accroît et provoque une altération progressive de l'état général on est dans l'obligation d'opérer pour réaliser un drainage simple sans toucher à l'appendice qui sera extirpé après guérison.

Péritonite diffuse.

La diffusion péritonéale de l'inflammation commande plus que jamais l'intervention qui est la seule chance de salut pour la mère.

Dans quelques cas l'intervention immédiate ne peut être réalisée en raison de l'état précaire de la malade. Il est alors recommandé d'instituer un traitement médical et d'attendre que la gestante reprenne le dessus avant d'intervenir. Cette méthode peut être couronnée de succès (Obs. N° XXX).

Technique opératoire

Précautions.

Au cours de l'intervention il est indispensable de respecter l'utérus et de le manipuler, quand

on y est obligé, avec la plus grande douceur.

BRINDEAU recommande de ne pas tirailler les pédicules et d'éviter de dilacérer manuellement les adhérences que l'on doit sectionner nettement aux ciseaux.

Appendicite simple.

Le traitement réside dans l'appendicectomie comme en dehors de la grossesse.

Incisions. — Dans les premiers mois de la gestation l'utérus étant peu développé, l'incision de Mac Burney donne un jour suffisant. Quand la grossesse est plus avancée on est souvent dans l'obligation d'agrandir l'incision vers le haut.

L'élévation du cæcum et de l'appendice expliquent dans certains cas la nécessité d'une incision plus élevée. D'autre part, même quand ces organes ne sont pas sensiblement déplacés, une incision haute paraît excellente parce qu'elle permet d'éviter les annexes qui sont toujours considérablement surélevées et qu'on ne doit pas léser en raison de leur hypervascularisation et des complications hémorragiques qui peuvent en résulter.

Les incisions des types Roux et Jalaguier semblent, dans bien des cas, avoir donné plus d'aisance opératoire à la Maternité d'Alger.

Certains auteurs sont plus affirmatifs et prétendent que la voie d'accès doit être pratiquée d'autant plus haut et en arrière que la grossesse est plus proche du terme ; la généralisation de cette méthode paraît excessive, car chez une fem-

me à terme le cæcum et l'appendice peuvent avoir conservé leur situation basse.

D'une façon générale, les incisions externes moyennement élevées sont particulièrement recommandées ; elles permettent d'éviter l'utérus et de toujours aborder les muscles larges de l'abdomen.

Au contraire les incisions internes comme celle de Jalaguier ne sont pas sans inconvénients quand les circonstances obligent à prolonger l'incision le long du bord externe du grand droit. Un plus ou moins grand nombre de ramuscles nerveux peuvent en effet être sectionnés, et, « la paralysie d'un ou plusieurs segments de ce muscle, en s'ajoutant à la distension physiologique des muscles abdominaux, entraîne un affaiblissement de la sangle abdominale et parfois des éventrations difficilement curables ». (SEGUY).

Appendicectomie.

L'ablation de l'appendice est généralement aisée. Dans les cas plus rares d'appendicite pelvienne, l'intervention peut être vraiment difficile, et certains auteurs (HIRST en particulier) ont préconisé la laparotomie médiane avec extériorisation de l'utérus. Cette méthode doit être abandonnée à cause des risques d'avortement auxquels elle expose.

Cicatrice.

Dans les cas de réunion de la plaie opératoire par première intension, les résultats sont excellents et la paroi conserve toute sa solidité. Quand

la fermeture de la plaie est tardive après un drainage abdominal, l'éventration est toujours à redouter.

Abscès appendiculaires.

Leur traitement consiste avant tout à évacuer le pus et à drainer la cavité ; l'appendicectomie ne doit être réalisée que si elle est facile.

La voie d'accès est, suivant les cas, trans ou rétro-péritonéale. Les abcès pelviens sont traités par colpotomie postérieure.

Cependant, on devra toujours compléter ces interventions palliatives par l'ablation ultérieure de l'appendice.

Péritonite généralisée.

Le traitement de la péritonite généralisée est sensiblement le même que celui appliqué en dehors de la gravidité.

Après laparotomie médiane, il faut, dans la mesure du possible, procéder à l'ablation de l'appendice qui, par sa présence, entretiendrait l'infection.

Il faut surtout instituer un drainage suffisant. Or, si pendant les premiers mois de la gestation on arrive le plus souvent à réaliser un bon drainage, il n'en est plus de même pour une grossesse à terme où l'utérus constitue une véritable cloison médiane nécessitant une ou plusieurs contre-incisions.

C'est dans ces formes graves que certains chirurgiens ont pu avoir recours à l'évacuation préa-

lable de l'utérus, qui permet une plus facile recherche de l'appendice et un meilleur drainage.

Plusieurs méthodes d'évacuation ont été préconisées : les une chirurgicales, les autres obstétricales.

Evacuation chirurgicale.

La césarienne abdominale excellente pour l'enfant expose malheureusement à l'infection de l'utérus.

La césarienne vaginale, moins choquante, semble préférable surtout si le travail est déjà déclanché.

L'hystérectomie abdominale subtotale précédée ou non de césarienne paraît intéressante parce qu'elle permet une plus facile extirpation de l'appendice et un drainage parfait mais l'état précaire des malades contre-indique, dans la plupart des cas, une opération aussi considérable.

Evacuation obstétricale.

L'accouchement après mise en place d'un ballon de CHAMPETIER DE RIBES ne doit être tenté que chez une multipare à col souple ; d'autre part, le travail se fait lentement et les lésions ont le temps d'évoluer gravement.

L'évacuation utérine sous anesthésie rachidienne, selon la méthode de DELMAS, paraît plus séduisante. Elle permet à la fois la dilatation rapide du col, l'extraction facile de l'enfant et les incisions de drainage. Plusieurs chirurgiens modernes l'ont employée avec succès (Obs. N° XLVII et N° XLVIII).

Il semble, cependant, que chez de telles malades la rachianesthésie et les manœuvres de dilatation et de version ne soient pas toujours sans danger.

En réalité, ces différentes méthodes d'évacuation préalable de l'utérus sont, dans la majorité des cas, à rejeter en raison des dangers maternels auxquels elles exposent, et il est plus sage de s'en tenir à l'appendicectomie et au drainage.

Moyens de drainage.

Quelle que soit la technique opératoire adoptée, le meilleur système de drainage est réalisé par le sac de MIKULICZ si souvent et heureusement employé pour le drainage des affections gynécologiques septiques. Profondément logé jusque derrière l'utérus, il évacue parfaitement les sécrétions septiques et limite remarquablement le foyer infectieux.

Soins post-opératoires.

Ces soins seront les mêmes que pour toute appendicectomie (Repos, diète, etc....). Cependant, il est recommandé de prescrire un plus long séjour au lit, de manière à permettre une meilleure consolidation de la paroi.

Dans tous les cas où il n'y a pas lieu d'évacuer l'utérus et où il faut à tout prix empêcher un début de travail qui favoriserait l'extension des lésions, employer la morphine à raison de trois à quatre centigrammes par jour.

Dans les cas de péritonite et d'infection gangréneuse de l'appendice il est utile d'avoir recours aux sérums antistretococcique et antigangréneux qui seront administrés par voie sous-cutanée et intraveineuse.

Observations

Observations recueillies dans les Hôpitaux d'Alger

Action récidivante de la Gestation

OBSERVATION N° I

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 1039. — Série V)

Femme ayant présenté 3 crises récentes d'appendicite, dont deux pendant sa grossesse actuelle, la troisième s'étant produite au 4° mois. Intervention: inflammation de l'appendice et torsion d'hydrosalpinx. Ablation de la trompe droite. Appendicectomie. Guérison. Continuation de la grossesse.

G. Antoinette, âgée de 27 ans, réglée à 13 ans avec menstruations toujours régulières et indolores. Mariée à 23 ans, a eu deux grossesses avec accouchements normaux et enfants vivants, remontant respectivement à trois ans et un an.

Les dernières règles datent du 5 au 10 avril 1933, et la malade a continué à allaiter son deuxième enfant jusqu'au 20 août.

Cette jeune femme a souffert à 3 reprises de douleurs abdominales violentes : la première crise remonte à 6 mois, la deuxième à la fin du premier mois de sa grossesse, enfin la crise actuelle date de 48 heures et s'est manifestée, comme les précédentes, par l'apparition de douleurs progressivement croissantes dans la fosse iliaque droite avec nausées, vomissements et constipation.

Entre à la Maternité le 20 août 1933 avec un retard de

règles de 4 mois. L'examen obstétrical montre un utérus arrivant au niveau de l'ombilic avec col ramolli. L'état général est bon ; la température et le pouls sont normaux. Cependant, il y a par moments des vomissements, et la malade accuse une douleur assez vive de la fosse iliaque droite, augmentée d'une façon élective par la pression au point de Mac Burney. La paroi est également, à ce niveau, le siège d'une réaction de défense très nette.

La formule leucocytaire donne les résultats suivants :

Globules blancs	12,100
Polynucléaires	84
Eosinophiles	2
Lymphocytes	8
Monocytes	6

On pose le diagnostic d'appendicite au cours de la gestation et l'on décide d'opérer au plus tôt cette malade.

Le 23 août 1933, intervention. Sous anesthésie générale au kélène-éther, une incision est pratiquée à deux doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dissociation musculaire, Incision du péritoine. Après mise en place de l'écarteur de Gosset, on arrive sur une masse violacée, de la grosseur d'une noix, tendue, qui correspond à un hydro-salpinx tordu trois fois sur son pédicule. Cet hydro-salpinx est dégagé au doigt. On constate une zone d'adhérence avec fausses membranes. Ligature et section du pédicule tubaire. L'appendice est en position normale, mais rouge, augmenté de volume, turgescant et recouvert de fausses membranes dans la région apexienne, cette zone correspondant à la zone d'adhérence tubaire. Appendicectomie suivant la technique classique. Mise en place d'un Mikulicz (une seule mèche).

On administre :

20 cm. cubes de sérum antigangréneux,

10 cm. cubes de sérum antistreptococcique désalbuminé,

Morphine quotidienne (3 injections de 1 centigr.).

La grossesse a continué à évoluer normalement et la malade sort complètement guérie de 10 septembre 1933.

OBSERVATION N° II

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 3360. — Série IV)

Crise d'appendicite au début du 4° mois. Appendicectomie. Bonnes suites opératoires. La grossesse continue.

C. Marguerite, âgée de 22 ans, sans passé pathologique ni génital. Les dernières règles datent du 30 septembre 1931.

Entre salle Tarnier le 24 janvier 1932 pour syndrome douloureux de l'abdomen.

Le début de la maladie semble remonter à un mois environ : la malade qui souffrait depuis quelques jours d'une constipation opiniâtre et de vomissements, accuse alors une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Un médecin consulté ordonne le repos absolu et l'application d'une poche de glace sur le ventre. Au bout de quatre à cinq jours, guérison.

Il y a trois jours, à 11 heures du soir, cette jeune femme est prise à nouveau, au moment de se coucher, d'une douleur excessivement violente et brusque (comme un coup de couteau dit-elle), siégeant toujours dans la fosse iliaque droite et suivie de vomissements répétés. La veille de son entrée, les douleurs ont régressé, mais, l'état nauséux persistant, le praticien conseille vivement l'hospitalisation.

A l'examen, corps utérin gros, mou, et non douloureux ; col épais et mou ; cul-de-sac latéral droit légèrement empâté. L'abdomen est souple ; la palpation n'y décèle pas de défense, mais la pression au point de Mac Burney est nettement douloureuse. Abolition du réflexe abdominal inférieur. Rowsing négatif.

Le même jour opération à la 32° heure. Sous anesthésie générale à l'éther, incision de Roux. L'appendice difficilement découvert se montre tuméfié et turgescent. On le ligature ainsi que son méso et on le résèque au thermocautère. Iodage. Mais, en retirant la pince protégécæcum, les ligatures faites avec un catgut trop gros lâ-

chent. On est dans l'obligation de repérer à nouveau le méso et l'ancienne insertion de l'appendice pour les ligaturer. Fermeture partielle après avoir placé trois mèches.

Sérum, huile camphrée et morphine sont administrés après l'intervention.

Suites simples. La malade sort le 6 février.

OBSERVATION N° III

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2051. — Série V)

Crise appendiculaire au 3° mois de la gestation, ayant coïncidé avec des menaces d'avortement consécutives à un traumatisme abdominal. Appendicectomie. Suites obstétricales et opératoires simples.

L. Germaine, âgée de 21 ans, réglée à 10 ans, avec menstruations régulières, mais douloureuses.

Mariée à 17 ans, a eu deux grossesses avec accouchements normaux et enfants vivants. Les dernières règles remontent au 17 novembre 1933.

Le 8 février 1934, au cours d'une dispute, cette jeune femme reçoit un coup dans le bas-ventre. Dans la soirée, apparition de douleurs abdominales et lombaires.

Le lendemain, 9 février, à 11 heures, hémorragie nécessitant l'hospitalisation de la malade dans le service. Administration de lavements laudanisés quotidiens, repos au lit, glace sur le ventre.

Les jours suivants, tout s'amende du côté utérin. Cependant des phénomènes douloureux persistent dans la fosse iliaque droite avec point douloureux appendiculaire ; la température oscille entre 37°2 et 38°. La formule leucocytaire montre une augmentation du nombre des globules blancs :

Globules blancs	9,400
Polynucléaires	76

Eosinophiles	2
Lymphocytes	18
Monocytes	4

Le 24 février, intervention. Incision de Mac Burney. Découverte facile d'un **appendice** très gros, turgescant, hyperémié. **Appendicectomie** ; fermeture en trois plans, sans drainage. Pendant les jours qui suivent, morphinisation intense (3 injections de 1 centigr. quotidiennement pendant les quatre premiers jours).

La grossesse n'est pas interrompue et la malade sort rétablie le 9 mars 1934.

OBSERVATION N° IV

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2012. — Série V)

Accidents appendiculaires apparus après un avortement de un mois, traité par curettage. Appendicectomie. Guérison.

C. Félicie, âgée de 24 ans, réglée à 13 ans, avec menstruations régulières et indolores.

Mariée à 19 ans, a eu deux grossesses avec accouchements normaux et enfants vivants. Deux avortements récents.

Entre dans le service le 9 février 1934 pour métrorragies. Les dernières règles datent du 10 janvier 1934 ; elles ont été moins abondantes que de coutume avec sang noir et fétide.

L'examen montre un col bien dilaté dans lequel on passe facilement la grande curette qui permet de retirer de gros débris ovulaires. Injection intra-utérine ; mise en place dans l'utérus d'une mèche imbibée de filtrat-vaccin.

L'examen cyto-bactériologique des pertes vaginales ayant montré la présence de gonocoques, on institue un traitement par le vaccin spécifique.

Cependant des phénomènes douloureux persistent dans la fosse iliaque droite avec douleur exquise à la pression du point de Mac Burney. L'interrogatoire nous apprend, d'autre part, que cette femme a présenté, il y a 7 ans, une crise appendiculaire aiguë ayant motivé un séjour à l'hôpital (il n'y eut pas d'intervention), et que depuis, elle a souffert à plusieurs reprises de ce même côté.

Le 17 février, la formule leucocytaire est la suivante :

Globules blancs	10.800
Polynucléaires	76
Eosinophiles	3
Lymphocytes	9
Monocytes	12

On pose le diagnostic d'appendicite, et, le 21 février, la malade est opérée. Incision de Mac Burney qu'on doit agrandir vers le bas en raison de la situation très profonde de l'appendice. On arrive sur la région iléo-cæco-appendiculaire, qui est recouverte par un voile membraneux. L'accès vers la base de l'appendice est difficile, et, dans l'impossibilité de trouver la pointe, on se trouve dans l'obligation de pratiquer une appendicectomie rétrograde. Fermeture partielle en trois plans après avoir placé une mèche en raison de la zone de décollement colo-pariétale.

La malade sort guérie le 28 février 1934.

Elévation du Cæcum et de l'Appendice

OBSERVATION N° V

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 4068. — Série IV)

Appendicite au 4° mois de la gestation. Intervention : surélévation de la région iléo-cæcale. Avortement. Guérison.

R. Augustine, âgée de 24 ans. Réglée à 15 ans avec menstruations toujours indolores et régulières.

Pas de crise appendiculaire dans les antécédents.

Mariée à 21 ans. A eu une première grossesse avec accouchement normal et enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle ; les dernières règles datent du 29 janvier au 3 février 1932 ; temps probable : 10 au 15 novembre.

Entre le 17 mai dans le service de la Clinique Obstétricale, adressée par un médecin de la ville avec le diagnostic d'appendicite au début du 4^e mois d'une grossesse. Depuis le début de sa grossesse, cette femme souffre de douleurs sourdes au niveau de la fosse iliaque droite, coïncidant avec une constipation opiniâtre.

A son entrée les signes étant absents, la malade est mise en observation.

Au bout de quelques jours les symptômes se dessinent. Nausées, syndrome douloureux progressivement croissant de la fosse iliaque droite, température légère. A l'examen : douleur nette au point de Mac Burney ; défense pariétale ; pas de plastron cæco-appendiculaire.

Le 27 mai, intervention. Surélévation manifeste de la région iléo-cæcale. Appendice très long (12 cm.), coudé, accolé au cæcum. Ligature de l'appendice et résection au thermocautère.

Sérum (500 cm. cubes). Morphine. Lavements laudanisés.

Le 31 mai, avortement ; extraction facile du fœtus, délivrance spontanée.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° VI

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 1862. — Série IV)

Annexite bilatérale et appendicite chez une femme enceinte de 2 mois. Grandes difficultés de diag-

*nostic. Intervention : cæcum en position élevée.
Bonnes suites opératoires. La grossesse continue.*

R. Isabelle, âgée de 26 ans, réglée à 14 ans, régulièrement, mais avec quelques jours d'avance.

Mariée à l'âge de 16 ans et demi, a eu 4 grossesses, dont 2 fausses-couches, l'une spontanée, l'autre provoquée.

Du point de vue pathologique, a subi, il y a 6 ans, une intervention sur l'estomac pour une affection que nous n'avons pu déterminer.

Cette jeune femme est hospitalisée à la Maternité le 2 mars pour douleurs sourdes siégeant dans le bas-ventre, sans localisation bien précise, avec irradiations lombaires, et datant d'un an environ. Depuis la même époque, pertes vaginales continues, épaisses et jaunes, mais peu abondantes ; menstruations irrégulières et modifiées : l'écoulement sanglant est diminué et très clair. Souffre actuellement, depuis un mois et demi, de céphalées violentes et tenaces, accompagnées par moments de troubles visuels, et coïncidant avec une constipation rebelle. A son entrée, retard de règles de 2 mois environ avec seins légèrement augmentés de volume.

A l'examen, la palpation de l'abdomen montre un endolorissement diffus du bas-ventre sans point maximum électif. L'utérus est mobile et non douloureux. Son volume correspond à une grossesse de 2 mois et demi. Au toucher, douleur vive au niveau du cul-de-sac latéral droit et empatement du cul-de-sac latéral gauche.

En raison des signes observés et du passé gynécologique de la malade on s'arrête au diagnostic de salpingite au cours de la grossesse.

Malgré le traitement institué, les douleurs abdominales persistent et semblent se localiser au niveau de la région iléo-cæcale. D'autre part, un examen radioscopique révèle un cæcum ectasié, douloureux dans sa totalité, et paraissant fixé. Ces signes cliniques et radiologiques conduisent au diagnostic d'appendicite, et l'on décide d'intervenir.

Opération le 24 avril 1931, au 4^e mois de la grossesse.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie latérale (Incision de Roux). Dès l'ouverture de l'abdomen, l'ovaire droit et la trompe se présentent. Celle-ci est rouge et vascularisée. Le cæcum est en position élevée et mobile. On peut facilement l'attirer au dehors. L'appendice est bref, un peu renflé à la partie moyenne où il paraît congestionné. Son méso est épais et grasseux. On trouve à sa base une néoformation péritonéale formant bride. Le cæcum est lui-même recouvert d'un voile membraneux. L'iléon et l'angle iléo-cæcal sont également le siège de brides analogues. Appendicectomie sans enfouissement.

Sérum, huile camphrée, coramine sont administrés à la malade. Morphine après l'intervention (3 injections de 1 centigr.) et les jours suivants.

Suites sans incident.

Cette femme sort guérie le 15 mai.

Tension permanente et douloureuse de l'utérus.

OBSERVATION N° VII

Due à l'obligeance de MM. le Professeur LAFFONT et le Dr. EZES.

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris.
Octobre 1934, p. 513)

*Appendicite méconnue au 4° mois de la grossesse.
Tension permanente et douloureuse de l'utérus.
Appendicectomie. Avortement. Guérison.*

Mme R..., dix-huit ans, entre salle Tarnier le 9 Janvier 1934 avec le diagnostic d'avortement en cours. Ses dernières règles datent du 1er Septembre 1933. Peu désireuse de conserver sa grossesse, cette malade a absorbé,

il y a un mois, une certaine quantité de pilules dont l'effet a été nul.

Depuis 8 jours, sont apparues de petites coliques abdominales, intermittentes, siégeant dans tout le bas-ventre. Pendant toute cette période il n'y a pas eu d'élévation thermique, pas de vomissements, pas de perte de sang.

A l'entrée dans le service, la température est de 37°3, le pouls à 132. La malade souffre considérablement du ventre. Ces douleurs à type de coliques durent une minute environ et sont rapprochées au point qu'on a pu en compter jusqu'à 40 par heure. Pendant la douleur, le corps utérin est d'une dureté de pierre. Il remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, légèrement étalé transversalement. Sa corne droite, volumineuse, se dirige vers le flanc droit où il est difficile de la délimiter. Le col est ramolli, et les culs-de-sac légèrement sensibles à la pression.

Pendant 3 jours cette malade souffrit de douleurs atroces, que les lavements laudanisés, les piqûres de morphine dirigées surtout contre l'avortement, ne parvenaient pas à arrêter. Durant ces 3 jours la température oscilla entre 36°6 et 37°5, le pouls battant aux environs de 100. Le 12 Janvier apparaissent quelques vomissements bilieux qui mettent sur la voie de phénomènes péritonéaux inflammatoires dont on contrôle la réalité par un examen de sang. La numération globulaire et la formule donnent les résultats suivants :

Globules blancs	23.400
Polynucléaires	83
Lymphocytes	8
Monocytes	9

Par ailleurs, le ventre se ballonne. Arrêt des matières et des gaz. Dès ce moment le diagnostic s'éclaire et l'on pense que ces contractions subintrantes de l'utérus, qui, au bout de 3 jours, n'ont pas déclenché le travail, ne traduisent qu'un état de défense de l'utérus au contact d'un organe enflammé : appendice ou trompe.

Le 14 Janvier, sous anesthésie rachidienne à la scuro-

caïne, incision médiane sous-ombilicale qui permet de découvrir un gros utérus gravidé, contracté, au fond blanchâtre, présentant par endroits un véritable phénomène de la peau d'orange. Les anses grêles sont agglutinées à la partie supérieure de l'incision et adhèrent à la paroi antérieure de l'abdomen. L'exploration du ventre met en évidence une sérosité purulente paraissant venir de la droite. La trompe droite et l'ovaire sont basculés dans le Douglas. La trompe est congestionnée, et l'ovaire, blanchâtre, présente des traînées purulentes. Dans l'angle iléo-cæcal, des manipulations font sourdre du pus franc. On met alors en évidence un gros appendice enflammé, perforé, latéro-cæcal interne, glissant sous l'iléon, pour se replier sur lui-même au milieu d'une masse inflammatoire. On pratique une appendicectomie rétrograde, partiellement sous-séreuse. Le moignon appendiculaire et le pédicule sont touchés à l'iode et ramenés l'un vers l'autre par une ligature au catgut. Trois mèches de Mikulicz sont glissées dans le Douglas où se trouve le moignon appendiculaire. Fermeture en trois plans.

Dans les heures qui suivent, les phénomènes d'occlusion s'amendent et l'on assiste à une débâcle de gaz et de selles liquides très fécides.

Les suites opératoires sont assez mouvementées. La température s'élève progressivement jusqu'à 40° qu'elle atteint le troisième jour. Une vaccination anticolibacillaire est instituée, qui ramène en huit jours, la température à la normale. Les trois mèches sont successivement retirées. Le lendemain de l'enlèvement de la troisième mèche, la malade avorte d'un fœtus de 4 mois et demi. L'apparition d'une hémorragie inquiétante nécessite un curage digital qui ramène le placenta.

Cet avortement n'entraîne aucun changement dans l'allure générale de la guérison qui est définitive 50 jours après l'opération, retardée par un écoulement purulent très important.

Appendicite Rétro-Cæcale.

OBSERVATION N° VIII

Due à l'obligeance de M. le Docteur C. VERGOZ
Chirurgien des Hôpitaux

Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 2 mois. Opération. Guérison. Continuation de la grossesse.

T. Georgette âgée de 24 ans, enceinte de 2 mois, entrant salle Bichat pour douleurs de la fosse iliaque droite.

Le début des accidents remonte à une quinzaine de jours. La malade qui a toujours été très constipée ressent des douleurs sourdes, peu intenses, irradiant à tout l'abdomen. Pendant les 3 premiers jours, température ne dépassant pas 38°2. A deux ou trois reprises, vomissements bilieux le matin.

Actuellement ces phénomènes se sont progressivement atténués et elle entre sur les conseils du Dr. Vergoz.

Antécédents : réglée à 12 ans toujours régulièrement. Mariée depuis 11 mois.

A l'examen, l'abdomen est souple, mais la pression réveille de la douleur au point de Mac Burney. On ne sent pas d'empâtement de la région cæco-appendiculaire.

Le toucher génital montre un utérus petit, mobile, et des culs-de-sac normaux.

Intervention de 24 Janvier 1934 : anesthésie locale à l'aide de 20 centimètres cubes de cocaïne. Incision de Mac Burney basse, dont l'extrémité inférieure vient coïncider le bord supérieur du pubis, dans le but d'explorer les annexes. Appendicectomie très difficile, l'appendice étant rétro-cæco-colique. Obligation de débrider vers le haut et vers le bas. Décollement prudent de l'appendice en forme de hameçon et très long. Appendicectomie rétrograde. Grandes difficultés pour suturer le méso vasculaire et pour enfouir. L'anesthésie doit être poursuivie à l'éther. Fermeture sans drainage en un plan au crino après avoir constaté un volumineux corps jaune kystique, sur l'ovaire gauche, violacé.

Morphine ; laudanum deux fois par jour.

Continuation de la grossesse. Vomissement le dixième jour. La malade sort guérie 22 jours après.

Forme Toxique

OBSERVATION N° IX

Récueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2370. — Série V)

Appendicite aiguë à forme toxique chez une femme enceinte de cinq mois. Altération marquée de l'état général. Intervention immédiate. Suites opératoires excellentes. La grossesse se poursuit.

C. Louise, âgée de 22 ans, réglée à 11 ans, avec menstruations toujours régulières et indolores.

Mariée à 21 ans ; actuellement au cinquième mois de sa première grossesse, ses dernières règles datant du 12 décembre 1933.

Hospitalisée d'urgence le 1er mai 1934 pour douleurs abdominales violentes apparues à la suite d'une chute sur le siège.

A aucun moments, il n'y a eu de métrorragies ; il ne semble pas non plus qu'il y ait eu de contractions utérines bien rythmées.

Ces douleurs se sont accompagnées de vomissements alimentaires, puis bilieux. Actuellement le maximum douloureux s'est localisé dans la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre depuis 6 jours, et, depuis 24 heures, arrêt des matières et des gaz.

L'examen montre une altération manifeste de l'état général avec prostration marquée, facies grippé, yeux cernés, lèvres et langues sèches. L'abdomen est ballonné, tympanique, et présente une défense généralisée ; mais cette défense, comme les phénomènes douloureux, est surtout accusée au niveau de la fosse iliaque droite, en

dehors de l'utérus qui ne présente aucune contraction et qui ne paraît pas douloureux à la pression.

Le pouls est bon, un peu rapide, la température aux environs de 38°.

Le toucher montre un col ramolli. Le volume du corps utérin est en rapport avec l'âge de la grossesse.

On discute et élimine les diagnostics d'avortement spontané ou provoqué, de pyélonéphrite, de grossesse extra-utérine pour s'arrêter au diagnostic probable d'appendicite aiguë à forme toxique, dans le 5^e mois d'une grossesse. Après confirmation du diagnostic et de l'indication opératoire par M. le Professeur Laffont, on décide d'intervenir immédiatement.

Le 1er Mai 1934, intervention. Sous anesthésie générale, après morphinisation, on pratique une incision para-médiane droite, en dehors du grand droit ; on incise la gaine de ce muscle sur sa face antérieure, on récline le grand droit vers la gauche et on incise le feuillet profond de l'aponévrose en arrière du muscle. Le péritoine est incisé à son tour.

On trouve un utérus mou, ne présentant, à aucun moment de l'intervention, des contractions.

Les annexes droites et gauches sont saines, légèrement basculées en arrière. Pas de trace de perforation utérine.

Les anses grêles sont aplaties et refoulées vers le haut par le corps utérin. Le cæcum se présente dans la brèche opératoire. Attiré à l'extérieur, il entraîne avec lui un appendice long de 8 à 9 cm., replié sur lui-même et adhérent dans sa portion proximale à la face postérieure du cæcum. L'appendice est rougé, très vascularisé, présentant par endroits des nodosités que l'ouverture, après l'intervention, a montré constituées par de petits fécalomes baignant dans une masse liquide et entourés par une muqueuse congestionnée, épaissie.

Appendicectomie classique avec enfouissement du moignon. Pas de drainage. Fermeture de la paroi.

Morphinisation de la malade. Bonnes suites opératoires. Continuation de la grossesse. La malade quitte la Maternité guérie, le 16 Mai 1934.

Suites de Couches

OBSERVATION N° X

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2179. — Série IV)

*Poussée appendiculaire au 32^e jours des suites
de couches. Appendicectomie, Suites simples.*

P. Hélène, âgée de 20 ans, réglée à 13 ans, avec menstruations toujours régulières.

Aucun antécédent pathologique, mais souffre d'une constipation chronique.

Antécédents génitaux : premiers rapports à 18 ans 1/2. Une première grossesse terminée par un accouchement prématuré au 8^e mois ; pas de fausse-couche.

Cette jeune femme a accouché, il y a 40 jours, salle Dubois, d'un enfant vivant et actuellement bien portant. Les suites de couches avaient été normales, quand, il y a 8 jours, apparaissent brusquement de violentes douleurs abdominales, accompagnées de nausées, de vomissements bilieux et de température. Ces phénomènes douloureux ne cèdent à aucune médication, augmentant progressivement d'intensité depuis cinq jours. Ils siègent dans la fosse iliaque droite et irradient à tout l'abdomen ainsi qu'au membre inférieur droit.

A l'examen, la palpation montre un endolorissement de la fosse iliaque et de l'hypocondre droits, qui sont également le siège d'une légère défense musculaire. L'utérus déborde le pubis de trois travers de doigt ; il est mobile et non douloureux. Au toucher vaginal, le cul-de-sac latéral droit et le cul de sac de Douglas sont douloureux.

La formule leucocytaire donne les résultats suivants :

Globules blancs	9.200
Polynucléaires	70
Monocytes	3
Lymphocytes	27

Le diagnostic d'appendicite est posé et on décide d'intervenir.

Opération le 22 mai 1931 sous anesthésie générale à l'éther, incision de la paroi. On arrive sur un appendice enflammé, rouge, congestionné, de l'épaisseur du petit doigt. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture de la paroi en trois plans.

La malade sort guérie le 4 Juin 1931, après des suites opératoires normales.

Formes associées

OBSERVATION N° XI

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2735. — Série IV)

*Appendicite et salpingite double chez une femme
enceinte de deux mois. Appendicectomie. Guérison.
Continuation de la grossesse.*

M. Louise, 24 ans, réglée à l'âge de 13 ans, avec menstruations régulières, mais douloureuses. Pas de crise appendiculaire dans ses antécédents. Soignée depuis deux ans à la consultation de gynécologie pour saipingite. Hospitalisée, il y a 3 mois, salle Dubois où une intervention lui fut proposée. Elle refusa et fut soignée à l'aide de vaccins.

Mariée à 19 ans, a eu deux grossesses avec accouchements normaux et enfants vivants. Se trouve actuellement enceinte de deux mois.

Entre à nouveau dans le service de la Clinique Obstétricale le 14 Septembre 1931 avec le diagnostic d'appendicite et grossesse extra-utérine.

Depuis le début de sa gestation, cette jeune femme souffre de douleurs siégeant dans le bas-ventre et prédominant à droite. Il y a quelques jours, exacerbation des douleurs qui amènent la malade à consulter un médecin.

A l'examen : assez bon état général, mais anémie légère ; seins sensiblement augmentés de volume ; pas de ligne brune. Au toucher, le col est ramolli. Le toucher combiné au palper montre un corps utérin augmenté de volume, gros comme un utérus gravide de 2 mois, mou, régulier et non douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une annexe de forme irrégulière, de la grosseur d'un œuf, assez dure, douloureuse. Dans le cul-de-sac gauche, annexe sensible et perceptible. Cependant la palpation de l'abdomen révèle l'existence d'une douleur provoquée au point de Mac Burney avec légère réaction de défense de la paroi. Le diagnostic d'annexite bilatérale vient alors se compléter de celui d'appendicite et l'on décide d'intervenir.

Le 21 Septembre 1931, opération. Appendicectomie sans enfouissement pour appendice gros et long avec cicatrice à son extrémité. Fermeture en trois plans.

Huile camphrée, sérum et morphine sont administrés à la malade.

Suites obstétricales et opératoires parfaites.

La malade quitte le service guérie, le 3 octobre 1931.

OBSERVATION N° XII

Due à l'obligeance de MM. le Professeur LAFFONT et le Dr. JAHIER

(In bui. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, année 1931)
(Pages 429 et 430)

Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 7 mois, traitée avant et au début de sa grossesse pour salpingite bilatérale. Appendicectomie. Guérison. Continuation de la grossesse jusqu'au terme.

IVème pare de 29 ans prise, le 20 décembre, à 1 heure, d'une douleur diffuse dans l'abdomen avec maximum à droite,

Des vomissements alimentaires puis bilieux se sont répétés jusque vers 15 heures.

Cette femme, enceinte de 7 mois, a été traitée avant et au début de sa grossesse pour salpingite bilatérale, mais n'a plus souffert du tout depuis 6 mois. L'un de nous voit la malade à 20 heures : la température est de 38°5, le pouls à 100, le facies bon.

L'abdomen est partout sensible, mais particulièrement dans les fosses iliaques, surtout à droite où existe une légère réaction de défense. L'utérus est très volumineux et dépasse l'ombilic de six travers de doigt. Le toucher ne révèle aucun signe de travail, mais un cul-de-sac droit sensible et un Douglas très douloureux.

Le diagnostic d'appendicite aiguë est porté et l'intervention pratiquée à 21 heures.

Sous anesthésie générale à l'éther, incision de Roux que l'on est obligé d'agrandir vers le haut par la suite. Dès l'ouverture de l'abdomen apparaît du séro-pus. La trompe droite se présente la première, très congestionnée. En réclinant le cæcum en dehors à l'aide de valves on arrive à découvrir l'appendice en crochet, en situation rétro puis latéro-cavale, masqué en partie par le ligament large droit. On arrive difficilement de proche en proche à le libérer des adhérences très délicates qui le relient aux organes voisins et jusqu'au Douglas.

Appendicectomie sans enfouissement, puis on place deux mèches, l'une plongeant dans la fosse iliaque droite, l'autre tassée vers le haut, et, après avoir rapproché par deux crins les extrémités de la plaie cutanée, on laisse le tout largement ouvert.

Les suites opératoires ont été parfaites. Grâce à l'emploi de la morphine il n'y eut pas de travail d'accouchement et la grossesse s'est poursuivie normalement jusqu'au bout. Travail et suites de couches normaux.

L'examen de l'appendicé le montre très gros, épaissi, contenant du liquide sous tension et présentant à un centimètre de sa section une perforation de 2 m/m environ de diamètre par où s'échappent du pus et quelques bulles de gaz.

Le méso est très infiltré.

Péritonites

OBSERVATION N° XIII

Due à l'obligeance de MM. le professeur LAFFONT et le
Dr. JAHIER

In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Année 1930
(Pages 429 et 430)

*Appendicite aiguë ayant évolué vers la péritonite
au 6ème mois d'une grossesse. Accouchement pré-
maturé. Intervention. Mort.*

Une Vtème geste de 27 ans est prise dans le 6ème mois de sa grossesse d'une douleur assez vive dans la région de la fosse iliaque droite. Cette douleur s'accompagne de résistance de la paroi à ce niveau ainsi que de vomissements et d'élévation de la température. Un médecin consulté porte le diagnostic d'appendicite aiguë et conseille fermement l'opération.

La famille, terrorisée par l'idée de l'intervention au cours de la gravidité, traite d'elle-même la malade par des applications chaudes pendant quatre jours, au cours desquels les vomissements ne cessent pas et l'état général s'altère de plus en plus.

Ce n'est que lorsque la malade perd les eaux que, devant l'imminence de l'accouchement, elle entre à la Maternité. Elle y accouche prématurément, quelques moments après, d'un fœtus mort de 1 kg environ.

L'examen a montré les signes au complet d'une péritonite arrivée à son état ultime. Malgré le pronostic irrémédiablement fatal, on pratique une boutonnière sus-ombilicenne à la scurocaïne. Dès l'ouverture du ventre on tombe sur un péritoine œdématié d'où s'écoule en jet un liquide bouillon sale. Des fausses membranes arrivent également et enfin un liquide franchement purulent à gros grumeaux.

Sous le péritoine utérin apparaît un piqueté hémorragique. On pratique alors une seconde incision dans la

fosse iliaque droite. On tombe sur des adhérences très solides que l'on respecte. On place un drain dans cette incision et trois dans l'incision médiane en les entourant de compresses de gaze.

Malgré les soins donnés la femme meurt peu après.

L'autopsie montre un épanchement dans tout l'abdomen. La fosse iliaque droite, la gouttière latéro-colique droite et la face inférieure du foie sont isolées de la cavité abdominale par des fausses membranes très épaisses délimitant une loge pleine de pus fétide dans laquelle on trouve l'appendice largement perforé à sa base.

OBSERVATION N° XIV

Due à l'obligeance de MM. RANDAVEL, JAHIER et VERGOZ

Péritonite appendiculaire au 6^e mois d'une grossesse. Intervention : l'appendice est complètement séparé du cæcum ; appendicectomie ; drainage. Menaces d'accouchement prématuré. Accouchement à terme. Mort par hémorragie de la délivrance.

Malade âgée de 22 ans ayant présenté une symptomatologie d'appendicite aiguë au cours d'une grossesse de 6 mois.

A l'examen, foie utérin à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; large contracture douloureuse de la fosse iliaque droite et de l'abdomen.

Sous anesthésie générale on pratique une longue incision dans la fosse iliaque droite. Séro-pus en quantité assez abondante dans l'abdomen.

L'appendice est péniblement découvert, enfoui derrière la face postérieure de l'utérus. Il est complètement séparé du cæcum et saisi à la pince ; la brèche cavale est obturée par un calcul stercoral. Les bords en sont grisâtres, et, comme le cæcum ne se laisse pas attirer, on se borne à mécher avec beaucoup de soins toute la région infectée. Il est utilisé pour cela 6 longues mèches.

Les suites opératoires sont marquées par des douleurs rythmées caractérisant un début de travail. La dilatation du col atteint un diamètre de 4 cm. qui persistera 4 jours et diminuera progressivement sous l'influence d'injections de morphine (4 ctgr. par jour).

La plaie abdominale se comble rapidement après que les mèches ont été retirées le 10^e jour et la malade sort guérie au bout d'un mois.

A terme, elle a accouché rapidement d'un enfant vivant: l'expulsion eut lieu à 20 km d'Alger. La délivrance fut marquée par une importante hémorragie. A ce moment la malade fut transportée à la Maternité d'Alger où fut pratiquée la délivrance artificielle. L'hémorragie persista faible mais continue et la malade mourut dans l'agitation et la dyspnée quatre heures après son entrée.

OBSERVATION N° XV

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2525. — Série IV)

*Appendicite aiguë au 6^e mois d'une grossesse.
Péritonite localisée. Appendicectomie. Drainage. Ac-
couchement prématuré. Guérison.*

H. Isabelle, âgée de 30 ans, sans antécédents appendiculaires.

Entre dans le service de la Maternité, le 17 juillet 1931, au sixième mois d'une grossesse avec un syndrome appendiculaire typique dont le début remonte à 24 heures.

Ces accidents sont apparus brusquement, marqués par une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

A l'examen : température à 38°5 ; pouls à 120 ; langue saburrale ; la pression abdominale révèle une douleur nette au point de Mac Burney. Rien d'anormal au toucher génital. Urines claires.

Diagnostic d'appendicite aiguë. On décide d'intervenir.

Le même jour opération. Sous anesthésie générale, incision de Jalaguier. Appendice congestionné recouvert d'une fausse membrane, baignant dans un pus fluide. Appendicectomie sans enfouissement. Drainage par trois mèches placées en bas en dedans et en dehors du cæcum. On ne place pas de mèche vers le haut en raison d'un sérieux barrage constitué par le grand épiploon.

Sérum artificiel : 500 c. m. cubes. Huile camphrée. Morphine après l'intervention et les jours suivants.

Cependant, le 20, la femme entre en travail et accouche d'un prématuré.

Bonnes suites opératoires.

Série d'observations nons classées

OBSERVATION N° XVI

Due à l'obligeance de M. le Docteur C. VERGOZ
Chirurgien des Hôpitaux

*Crise d'appendicite au 5^e mois de la gestation.
Appendicectomie. Cœcopexie. Suites opératoires excellentes. La grossesse continue.*

P. Thérèse âgée de 20 ans, célibataire, réglée à 14 ans toujours régulièrement. Actuellement enceinte de cinq mois entre salle Bichat le 25 Janvier 1934 pour appendicite.

Cette jeune femme a présenté des vomissements constants pendant les quatre premiers mois de sa grossesse. Elle souffrait également depuis six mois de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Il y a une semaine environ, apparition de violentes douleurs dans le bas-ventre. Le lendemain, vomissements alimentaires. Le surlendemain et les jours suivants vomissements bilieux. La malade a eu les premiers jours une élévation de la température qui n'a pas été prise au thermomètre.

En raison des antécédents douloureux de la fosse ilia-

que droite et des vomissements accompagnés d'endolorissement et de défense de toute la portion inférieure de l'abdomen, on s'arrête au diagnostic prudent d'appendicite.

Intervention le 26 janvier 1934. Sous anesthésie locale à l'aide de 20 c. m. cubes de cocaïne, incision de Mac Burney. Appendicectomie et enfouissement ; l'appendice ne paraît macroscopiquement pas très malade, mais vascularisation anormale à l'apex.

Le cæcum est libre ; spontanément il se plicature selon un plan vertical de telle sorte que l'abouchement de l'iléon, au lieu d'être transversal, se fait de haut en bas, de dedans en dehors. Cæcopexie : 4 points au fil de lin assujettissent le cæcum à la paroi latéro-abdominale.

Morphine. Le soir et le lendemain élévation de la température au-dessus de 40°. A l'auscultation, rhonchus et râles sous-crépitants du poumon droit.

Injection de sérum salé hypertonique. Suppression de la morphine. Lavements de sérum salé hypertonique avec XX gouttes de laudanum 2 fois par jour.

La température baisse, les signes pulmonaires disparaissent et le dixième jour l'état général est bon. Suites opératoires excellentes. La grossesse se poursuit et la malade sort guérie quelques jours plus tard.

OBSERVATION N° XVII

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 3061. — Série V)

*Appendicite aiguë au 2° mois de la gestation.
Appendicectomie. Guérison. Continuation de la
grossesse.*

M. Andrée âgée de 22 ans, réglée à 12 ans et demi avec menstruations toujours régulières, mais douloureuses. Pas d'antécédents appendiculaires.

Mariée à 20 ans. Présente actuellement une grossesse de deux mois.

Entrée dans le service le 28 septembre 1934. Opérée le même jour pour un syndrome abdominal aigu localisé dans la fosse iliaque droite et accompagné de nausées, vomissements et élévation de température.

Appendicectomie classique sous anesthésie générale. Appendice rouge, congestionné. Ligature et résection au thermocautère. Enfouissement du moignon. Fermeture de la paroi en trois plans.

Morphinisation. Lavements laudanisés. Suites opératoires parfaites. Continuation de la grossesse.

La malade sort guérie le 4 octobre 1934.

OBSERVATION N° XVIII

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT (N° 2976 bis. — Série V)

Crise d'appendicite aiguë au 2° mois d'une grossesse. Opération. Guérison. Continuation de la grossesse.

K. Mathilde, âgée de 24 ans, réglée à 10 ans avec menstruations régulières, mais douloureuses.

Mariée tout récemment. Les dernières règles datent du 1er juillet 1934.

Entre dans le service de la Clinique Obstétricale le 6 septembre 1934, au 2° mois de sa grossesse, pour crise aiguë d'appendicite avec douleur violente brusquement apparue au niveau de la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements et de température.

L'examen révèle dans la fosse iliaque droite un plastron douloureux et mal limité.

Le jour de son admission, formule leucocytaire :

Globules blancs	14.400
Polynucléaires	78
Lymphocytes	12
Monocytes	10

Le même jour, intervention d'urgence. Découverte d'un gros appendice tuméfié, entouré de nombreuses adhérences et qu'on a beaucoup de mal à libérer.

Ligature du méso vasculaire et de la base de l'appendice ; résection et cautérisation au thermocautère ; enfouissement du moignon ; ligature de la paroi en trois plans.

Huile camphrée, morphine. Bonnes suites opératoires, continuation de la grossesse.

La malade sort du service guérie, le 24 septembre 1934.

OBSERVATION N° XIX

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 4704. — Série IV)

*Appendicite et grossesse de 4 mois. Intervention
Guérison sans interruption de la gestation.*

P. Cécile, âgée de 22 ans, sans antécédents appendiculaires.

Premiers rapports à 16 ans. A eu une première grossesse normale avec accouchement également normal et enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle, les dernières règles datant du 6 au 11 juin 1932.

Entre dans le service le 10 octobre 1932 pour douleurs abdominales sans localisation bien précise. Le début de l'affection remonte à 7 jours : vers 8 heures du soir, apparition brusque de violentes douleurs étendues à tout l'abdomen. La malade réussit à souper, mais, après le repas, sensations nauséuses, puis vomissements. Dans la nuit, exacerbation des douleurs à deux reprises avec localisation à droite. Le lendemain matin vomissement bilieux. Malgré l'absorption d'huile de paraffine, la constipation demeure opiniâtre, la température se maintenant aux environs de 37°8.

A son entrée, persistance des douleurs et des nausées, mais pas de fièvre et bon pouls.

Le 12 octobre, les douleurs ont diminué d'intensité, mais la fosse iliaque droite reste sensible. Température de 36°8. Pouls à 76. A l'examen, l'abdomen reste souple, sans ballonnement. Il n'y a pas de contracture, mais légère défense musculaire dans la fosse iliaque droite avec point de Mac Burney nettement douloureux et signe de Rowsing positif.

Ces signes conduisent au diagnostic d'appendicite et l'on décide d'opérer cette malade.

Le 15 octobre, intervention. Incision de Roux, Facile

découverte de l'appendice qui se montre augmenté de volume et hyperémié. Ligature et résection au thermocautère. Enfouissement et fermeture de la paroi en trois plans.

Pendant les jours suivants, glace sur le ventre morphine.

Suites opératoires excellentes ; la grossesse se poursuit, et cette jeune femme sort complètement rétablie le 27 octobre.

OBSERVATION N° XX

Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT
(N° 2659. — Série V)

*Appendicite et grossesse de un mois et demi.
Appendicectomie, Suites simples.*

Y, Marie, âgée de 33 ans, réglée à 13 ans avec menstruations régulières, sans antécédents appendiculaires.

Mariée à 23 ans, a eu une grossesse à terme avec enfant du sexe féminin mort 22 jours après sa naissance. Par la suite 2 fausses couches de 2 et 3 mois.

Entre dans le service le 25 juin 1934 pour phénomènes douloureux localisés à la fosse iliaque droite, état nauséux et vomissements au cours d'une grossesse de un mois et demi environ.

Cette jeune femme souffrait depuis ses dernières règles de douleurs sourdes irradiant de la fosse iliaque droite à l'ombilic, et de constipation.

A l'examen, bon état général, pas de température, mais légère défense pariétale avec douleur exquise au point de Mac Burney.

Formule leucocytaire :

Globules blancs	13.800
Polynucléaires	68
Lymphocytes	22
Monocytes	10

Diagnostic d'appendicite.

Intervention le 30 juin, sous anesthésie générale. Appendicectomie facile selon la technique classique. Appendice hyperémié, dont la muqueuse se montre, après incision, rouge et congestionnée.

Morphinisation après l'opération et les jours suivants.

Suites simples ; la malade sort guérie quelques jours plus tard.

Observations recueillies dans la Littérature.

Action récidivante de la Grossesse

OBSERVATION N° XXI

Observation de TUFFIER

(Rev. d'Obst. et de Poed., 1897)

Femme ayant présenté trois poussées d'appendicite à l'occasion de trois grossesses. Intervention. Guérison. Continuation de la grossesse.

Madame X., 34 ans. Constipation opiniâtre ; a eu au cours de sa première grossesse, vers la fin du 8^e mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On crut à une fièvre typhoïde. Température de 38° à 40° pendant 15 jours. Tout se termina par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité de pus fétide. La grossesse se continua, la malade guérit.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite, poussées fébriles, vomissements. L'accouchement eut lieu à terme ; depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse de quatre mois. Douleurs dans le flanc droit depuis deux mois, tuméfaction, pas de fièvre. Diagnostic : appendicite sans suppuration. Traitement médical. Au bout d'un mois, les symptômes s'aggravent ; le 30 janvier 1897, incision. Je trouve une tumeur kystique de l'ovaire du volume d'une orange, je l'extirpe ; l'appendice fibreux est soudé à la face postérieure du cæ-

cum ; je le dissèque ; résection au thermocautère et sutures. L'appendice contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale. La guérison se fit sans incident ; la grossesse continua son cours. Accouchement heureux à terme d'un enfant vivant.

Élévation du Cæcum et de l'Appendice

OBSERVATION N° XXII

Observation de WEBER

(In Deutsch. Zeitschr. f. Chir., XCIII, p. 292)

Femme enceinte de 6 mois ayant présenté un syndrome douloureux élevé de l'abdomen. Diagnostic hésitant. Laparotomie médiane ; abcès péricæcal, cæcum élevé. Accouchement prématuré. Guérison.

Observation résumée dans la thèse de PENARD

M. A..., 30 ans, enceinte de 6 mois, entre le 7 mars 1907 à l'hôpital Marie-Madeleine.

Douleurs dans la moitié droite et la partie supérieure de l'abdomen. Pas de vomissements. Fièvre modérée.

Dans la moitié droite du ventre, on sent une tumeur douloureuse de la grosseur d'une tête d'enfant côtoyant par son pôle supérieur le bord inférieur du foie. La partie inférieure de la tumeur se sent mal à la palpation. Dans la profondeur, il semble que l'on aperçoive un pédicule qui conduit à la corne droite de l'utérus.

Le diagnostic est hésitant entre empyème de la vésicule biliaire et kyste de l'ovaire droit adhérent à la face inférieure du foie.

Intervention. Laparotomie médiane. On trouve un abcès péricæcal bien enkysté par des adhérences. Le cæ-

cum était refoulé en haut par l'utérus, ce qui explique la position haute de la tumeur. Résection de l'appendice, drainage.

Dans la nuit qui suit l'opération, la femme accouche d'un enfant mort récemment.

Suites de couches normales, Guérison.

OBSERVATION N° XXIII

par M. E. BOHLER

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)
(Année 1930, pages 683 à 685).

Appendicite gangréneuse au 9ème mois d'une grossesse. Opération. Cæcum surélevé, à hauteur de l'ombilic. Accouchement prématuré. Guérison. Enfant vivant.

Appendicite déclarée au 9ème mois d'une grossesse jusque là normale.

Le début remonte à 72 heures par des sensations douloureuses localisées à l'épigastre. Accentuation de ces phénomènes le deuxième jour, les douleurs siégeant dans la région lombaire. A l'auscultation quelques frottements pleuraux de la base droite, d'où hésitation entre pyélite et affection pleurale.

Bientôt les douleurs deviennent plus intenses se généralisant à tout l'abdomen qui se ballonne considérablement.

La 2ème nuit, nausées puis vomissements. Arrêt des selles depuis 2 jours, mais les gaz passent.

Le 3ème jour très mauvais état général. L'abdomen est ballonné et ne respire pas. A la palpation le maximum de la douleur siége dans la région para-ombilicale droite.

Pas de défense musculaire de la paroi. L'utérus fortement contracturé correspond à une grossesse de 8 mois.

Mouvements de l'enfant douloureux. Température : 39°. Pouls faible battant à 120. Urines troubles avec faible quantité d'albumine.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec possibilité d'extension à toute la cavité péritonéale en raison de l'altération de l'état.

Intervention ; Anesthésie à l'éther. Incision oblique très externe et haute de la paroi. L'épiploon se relevant montre une collection purulente de volume important.

Le bas-fond cæcal est à hauteur de l'ombilic.

La tumeur appendiculaire adhère à la dernière anse iléale et se dirige dans l'angle que forme l'utérus avec la paroi postérieure contractant des adhérences fragiles avec la trompe droite.

Décollement de l'appendice après extériorisation partielle. Enfouissement parfait du moignon appendiculaire. La fosse iliaque gauche revisée à l'aide d'un tampon se montre indemne. Drainage. Fermeture partielle de la paroi.

Appendice : 12 centimètres. Portion distale gangrénée. Gros calcul stercoral dans la partie proximale qui est perforée en trois endroits.

Bonnes suites opératoires. Le troisième jour arrêt des gaz, mais le ventre reste souple.

Malgré une morphinisation continue, le 6ème jour, accouchement d'un prématuré après 3 heures de travail. L'enfant a vécu.

Après 4 heures pas de délivrance ; décollement manuel est tenté, mais le décollement était déjà complet, le placenta étant retenu dans le col.

Post-partum normal en tous points.

La malade sort guérie le 34ème jour.

OBSERVATION N° XXIV.

par M. DERVAUX

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1928. — Pages 728 et 729)

Appendicite suppurée au cinquième mois de la grossesse. Intervention : cæcum très élevé, appendice rétro-cæcal interne, appendicectomie. Avortement. Guérison.

Femme de 32 ans, pas d'antécédents appendiculaires ; dernières règles au début de novembre.

Le 24 avril suivant, traumatisme abdominal au cours de ses occupations, douleurs, vomissements alimentaires.

Le 25, accroissement des douleurs qui se localisent dans le flanc droit. Vomissements porracés.

Le 26, facies péritonéal, arrêt des matières et des gaz depuis la veille. Pouls à 100. Température à 38°. Abdomen météorisé. On pose le diagnostic de péritonite par perforation d'origine indéterminée (peut-être traumatique).

Intervention : incision de Mac Burney un peu prolongée vers le haut. Fusées purulentes étendues dans la direction de la racine du mésentère. Le cæcum est très élevé. Appendice long en position rétro-cæcale interne et ascendante, perforé en son milieu et baignant dans une nappe de pus. Résection sur ligature au thermocautère. Résection de la trompe droite boursoufflée, perforée et purulente. Réaction inflammatoire de la paroi utérine. Méchage et drainage de la loge colique externe.

Le 27, avortement de 5 mois 1/2 à 6 mois sans incident.

Bonnes suites, mais suppuration longue à se tarir. Fistulette stercorale, puis tout rentre dans l'ordre. Guérison complète.

Mais hémoptysies nécessitant un traitement pulmonaire.

OBSERVATION N° XXV

par M. E. GODLEWSKI (d'Avignon)

(Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1927. — Pages 152 et 153)

Appendicite au sixième mois de la grossesse. Difficultés d'examen. Intervention : incision haute ; cæcum et appendice sur l'utérus ; appendicectomie. Guérison.

Observation résumée

Femme de 35 ans ayant eu 5 grossesses, mais avec trois fausses-couches (Wassermann positif). Crises de coliques depuis deux ans.

Dernières règles en octobre 1925.

Le 12 avril 1926, au sixième mois de sa grossesse, apparition de douleurs violentes abdominales avec vomissements ; température.

Au deuxième jour un médecin consulté porte le diagnostic d'appendicite aiguë et applique un traitement médical. Amélioration de l'état.

Au dixième jour, nouvelle poussée douloureuse avec fièvre.

L'auteur est alors appelé à examiner la malade. La grossesse avancée et la contracture abdominale rendent l'examen difficile. Le diagnostic d'appendicite est néanmoins posé. En raison de l'accentuation des signes péritonéaux on décide l'intervention.

Le 23 avril : intervention par incision très haute. Le cæcum et l'appendice sont sur l'utérus, très adhérents au grêle. Fausses membranes, mais pas de pus. Appendicectomie, désinfection à l'éther. Fermeture, sans drainage. Suites parfaites.

Tension permanente et douloureuse de l'utérus

OBSRVATION XXVI

par MM. J. LEMELAND et SCEMLA

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1926. — Pages 32 et 33)

(Observation résumée)

Appendicite aiguë au huitième mois et demi de la grossesse. — Coliques utérines avec tension continue et douloureuse de l'utérus sans dilatation du col. — Accouchement prématuré. — Intervention : péritonite généralisée. — Mort.

Première pare de 21 ans dont les dernières règles datent du 23 janvier 1924. Pas d'antécédents pathologiques. La gestation a évolué sans incidents jusqu'au 13 octobre. A ce jour, apparition de petites douleurs et mise en observation à la Maternité.

Examen : gestation au terme de 8 mois 1/2. Col long, fermé. Température à 38°6. Amygdalite.

Le 14 octobre, douleurs très fréquentes, utérus tendu d'une façon continue, sans dilatation du col. Température à 38°.

L'utérus est très douloureux. Dans la soirée seulement la dilatation commence et progresse très rapidement ; rupture spontanée des membranes et à 21 heures accouchement d'un enfant qui ne peut être ranimé.

Après l'accouchement, l'utérus reste très contracté et douloureux. A 23 heures, la délivrance ne s'étant pas encore effectuée, la température étant à 39°6 et le pouls à 160, on, pratique la délivrance artificielle. (Le col, revenu sur lui-même, empêchait l'expulsion spontanée du placenta presque totalement décollé).

Dans les heures qui suivent, altération profonde de l'état général, température à 40°, frissons, sueurs. Langue sèche, rôtie, fuligineuse.

Le lendemain apparition de signes plus nets de locali-

sation péritonéale avec ballonnement abdominal, défense musculaire du côté droit du ventre, facies grippé, vomissement bilieux.

Intervention : ouverture latérale droite de l'abdomen donne issue à un liquide louche, fétide, abondant. Appendice facilement trouvé et violacé. Ablation. Mort 6 heures après.

Absence de signes généraux

OBSERVATION XXVII

par MM. MAORTUA et G. DUARTE

(Annales Espanoles de la Beneficencia Municipal,
Madrid, N° 23, nov. 1925)

(In, Gyn. et obst. — Année 1927, vol. I. — P. 151)

Péritonite appendiculaire grave chez une femme enceinte de 6 mois, avec tableau symptomatique léger. — Evolution rapide vers la mort avant tout début de travail, malgré une intervention précoce.

Jeune femme âgée de 26 ans et enceinte de six mois. Dans ses antécédents familiaux figure la syphilis, et dans ses antécédents personnels, quelques sensations douloureuses, prémenstruelles, apyrétiques, dans la fosse iliaque droite, apparaissant de temps en temps et durant depuis quatre ans. La maladie actuelle commença la nuit, par de la diarrhée consécutive à un repas pris au restaurant; deux jours plus tard, apparition de fortes douleurs dans la fosse iliaque, le pouls restant à 90 et la température à 37°6. Signes de Rowsing et Blumberg. Au toucher rectal, douleur très vive dans le côté droit. La formule leucocytaire donne 94 polynucléaires, 2 lymphocytes, 2 formes de transition et 2 grands mononucléaires ; 24.000 leucocytes. La symptomatologie s'arrêtait là ; il n'existait ni nausées, ni vomissements, ni altération du facies, ni tachycardie, ni fièvre, ni défense musculaire.

L'opération se pratique vingt heures après le début de la maladie. On trouve un appendice volumineux, turgescant, de couleur verdâtre (gangréné), un liquide trouble séro-purulent dans la cavité abdominale. Appendicectomie, drainage par le vagin et la fosse iliaque, position de Fowler, toniques, etc. ; cependant, au bout de 46 heures, la femme succombait à la péritonite.

OBSERVATION N° XXVIII

Observation de MM. BRINDEAU et JEANNIN (résumée)
(Soc. Obst. Paris, 22 avril 1909)

Appendicite pelvienne à forme gangréneuse chez une femme enceinte de 3 mois. — Température et pouls normaux. — Intervention. — Mort.

Femme au troisième mois de sa grossesse est prise d'une violente et brusque douleur abdominale. A l'examen, on perçoit dans un ventre plat un utérus développé de trois mois environ. Douleur nettement localisée à droite avec défense extrême de la paroi. Le pouls est bon, la température à 37°. Quelques vomissements, constipation. On porte le diagnostic d'appendicite ou de salpingite droite en raison de l'empâtement des culs-de-sac vaginaux et de l'existence antérieure de crises abdominales étiquetées salpingite.

Opération : péritonite généralisée due à un appendice gangréné siégeant dans le Douglas. Appendicectomie suivie de drainage. La malade va bien pendant trois à quatre jours, mais le cinquième jour, la température s'élève, le pouls bat à 140. La mort survient le sixième jour.

Au moment où l'abdomen fut ouvert, il n'existait ni élévation de la température ni accélération du pouls.

Appendicite pelvienne

OBSERVATION N° XXIX

par M. FAVREAU

(In thèse de Chaput, Bordeaux, 1923)

Appendicite pelvienne au 5° mois d'une gestation. — Diagnostic hésitant. — Collection du Douglas. — Colpotomie postérieure. — Guérison. Continuation de la grossesse.

(Observation résumée)

Femme âgée de 22 ans, II° pare. Première grossesse à l'âge de 20 ans, avec accouchement normal, mais, dans les suites de couches, syndrome douloureux abdominal du côté droit dont la cause est restée méconnue.

Deuxième grossesse actuelle : D.R. du 22 au 28 février 1920. Quelques vomissements au début. Vers le mois de juillet, état général excellent, bon appétit, mais constipation légère.

Le 4 août, au réveil, violentes douleurs au flanc droit. La malade s'alite, mais pas de vomissements, pas de fièvre, bon poulx. A l'examen, fond utérin à 16 cm. du pubis (fin du 5° mois de la grossesse). Pas de défense musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée. Douleur diffuse de la fosse iliaque droite irradiant vers la vessie. Contractions utérines peu fréquentes, mouvements de l'enfant constants. Rien au toucher vaginal.

Diagnostic hésitant entre colibacillose intestinale, appendicite, pyélonéphrite et coliques néphrétiques.

Repos absolu, urotropine, bouillon de légumes ; amélioration de l'état.

Le 9 août, à la suite d'une imprudence de la malade, apparition de douleurs très violentes dans le flanc droit, « douleurs comparables à celles de la dilatation au cours du travail. » Utérus rétracté et douloureux. Laudanum et glace sur le ventre. Facies mauvais, température à 38°4 qui se maintient jusqu'au 14.

Le 14, température à 38°2. Douleurs plus violentes ; au toucher, masse rénitente dans le Douglas.

Le 15, cette masse est **fluctuante** et tendue. On porte le diagnostic d'**appendicite pelvienne** avec collection suppurée dans le Douglas.

Le 16, colpotomie **postérieure** donne issue à une grande quantité de pus brunâtre, très fétide. Drainage. Au réveil, état syncopal pendant quelques minutes ; puis tout rentre dans l'ordre. Guérison. Continuation de la grossesse et accouchement à terme d'un enfant de 3 k. 500, bien constitué, mais qui a toujours présenté par la suite une grande susceptibilité du tube digestif.

Appendicite et Accouchement prématuré.

OBSERVATION N° XXX

par MM. J. COTTALORDA et F. GAVAUDAN

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. —
Année 1933. — P. 566).

Crise d'appendicite méconnue au 7^e mois de la grossesse. — Accouchement prématuré. — Signes de péritonite avec état général très altéré. — Intervention retardée. — Guérison.

Observation résumée

Secondipare âgée de 24 ans, sans passé pathologique, les dernières règles datent du 5 octobre 1931.

Le 12 mai, cette jeune femme s'alite parce qu'elle a de la fièvre et vomit. Effectivement, nausées, température à 38°2, pouls à 100. Rien d'anormal à l'examen physique.

Malgré la diète hydrique, les signes persistent et des contractions utérines apparaissent le lendemain. On pense néanmoins à de l'infection intestinale et l'on fait ad-

ministerrer des lavements laudanisés qui ont raison des contractions.

Le 15 mai, les contractions utérines, réapparues dans la nuit précédente, se rapprochent, le col se dilate, et bientôt l'accouchement prématuré se produit suivi de la délivrance. « Pendant toute la durée du travail, le Docteur Gavaudan est frappée par le cri très spécial de la malade, cri, dit-il plus aigu, plus plaintif que chez une parturiente normale, cri vraiment pathologique ». En outre, pour la première fois, au moment des contractions, la malade se plaint d'une douleur aiguë de toute la région abdominale droite.

Après la délivrance, disparition des douleurs, mais pouls à 120 avec température à 38°. Puis, vomissements, tacies péritonéal, ballonnement abdominal considérable. Pourtant le ventre reste parfaitement souple et indolore.

On conclut à une réaction péritonéale certaine ayant entraîné l'accouchement prématuré. Le même jour, le Docteur Cottalorda, appelé en consultation, constate une altération profonde de l'état général avec dissociation du pouls et de la température (P. = 140 ; t. = 37°). L'affaïssement brusque du ventre à la suite d'une débâcle gazeuse permet de délimiter une douleur et une défense très nettes dans la zone appendiculaire, avec maximum au point de Mac Burney. Diagnostic de péritonite appendiculaire. L'état très précaire de la malade contre-indiquant toute intervention, on institue provisoirement un traitement médical : glace, toni-cardiaques, sérum salé hypertonique intraveineux.

Le 16, dans l'après-midi, sensible amélioration de l'état.

Le 17 mai, intervention. L'incision de la fosse iliaque droite donne issue à un flot de pus horriblement fétide.

L'appendice complètement gangréné est réséqué. Mikulicz et drain.

Par la suite, amélioration progressive de l'état. La malade sort de la clinique le 20 juin avec une fistule stercorale, qui met plusieurs mois à se tarir.

Travail et Suites de Couches

OBSERVATION N° XXXI

Par MM. ANDERODIAS et VILLAR
(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)
(Année 1930. — Page 349)

Crise d'appendicite méconnue chez une femme à terme, et masquée par le début du travail. — La tête n'ayant aucune tendance à s'engager, plusieurs applications de forceps sont infructueusement tentées. — Symptômes de péritonite. — Basiotripsie et délivrance artificielle. — La vérification utérine révèle une rupture du segment inférieur. — Laparotomie confirmant la rupture et montrant une péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Hystérectomie. — Appendicectomie. — Mort dans le collapsus cardiaque.

Le dimanche 28 juillet, je suis appelé vers 5 heures du matin à 50 km. environ de Bordeaux, pour terminer un accouchement. Voici dans quelles conditions.

Mme X., I pare, à terme, après une grossesse en tous points normale, commence à souffrir le 23 juillet. Le travail dure longtemps, puisque la dilatation n'arrive à être complète que dans la nuit du 27 au 28. Les membranes s'étaient rompues 48 heures auparavant.

Comme la tête restait très élevée au-dessus du détroit supérieur et les douleurs irrégulières et peu fortes étaient impuissantes à l'engager, le médecin, sous chloroforme, fit plusieurs applications de forceps, tira fortement et au bout d'un moment, dut désarticuler l'instrument pour ne pas déraiper. C'est dans ces conditions qu'on me donna un coup de téléphone et que j'arrivais un peu après 7 heures.

En découvrant la malade, une première chose me frappe : l'utérus gravide disparaît presque complètement derrière des anses intestinales anormalement développées, le palper est douloureux, le pouls rapide, le facies mauvais. La température n'a pas été prise.

Au toucher le vagin est dilacéré, la tête très élevée et débordante : les os crépitent sous le doigt ; il semble qu'il y a une ou plusieurs fractures. Le promontoire est très facilement accessible. Bruits du cœur non perçus.

Etant donnés les symptômes abdominaux, la rapidité du pouls et le mauvais état général, je préviens le médecin de l'existence probable d'un début de péritonite ; je me demande cependant comment elle a pu se développer aussi vite, puisqu'il n'y a guère plus de cinq heures que l'intervention a été pratiquée. Sans doute, y a-t-il une lésion de la paroi utérine, peut-être au niveau du segment inférieur, car il s'écoule un peu de sang noir.

Après basiotripsie, la tête est extraite facilement, mais les épaules donnent beaucoup de difficultés, car l'enfant est volumineux.

Après délivrance artificielle, je fais la vérification utérine. Rien au niveau du corps ; mais sur le segment inférieur en arrière, juste en regard du promontoire, une brèche de trois à quatre cm. de large existe, irrégulière, qui conduit dans le Douglas.

Dans ces conditions je décide de faire transporter la malade à Bordeaux pour l'opérer.

L'opération a lieu à 1 heure 30 ; elle est faite par M. Villar. Après laparotomie, on trouve du sang dans le péritoine ; l'utérus relevé, dans le Douglas, on aperçoit du sang et des caillots, et sur la face postérieure du segment inférieur, une brèche irrégulière correspondant à celle que trouvait le doigt vaginal.

Hystérectomie : drainage vaginal, Mikulicz, drainage abdominal. Mais comme quelques anses intestinales sont dépolies, et qu'il y a quelques fausses membranes, on regarde s'il n'y a pas une autre cause à cette péritonite. L'appendice est alors recherché ; on le trouve gros, irrégulier, congestionné, avec des fausses membranes à son extrémité. On l'enlève, et après ouverture on le trouve rempli de pus épais, jaune, crémeux.

La paroi est refermée en un plan, au fil d'argent.

Malgré un traitement toni-cardiaque approprié et intensif, la malade succombait de défaillance cardiaque au bout de 48 heures.

OBSERVATION N° XXXII

par MM. TRILLAT et ROCHER

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

Année 1931 — Pages 53-54

Crise appendiculaire apparue le quatrième jour des suites de couches. — Evolution rapide vers la péritonite diffuse. — Intervention. — Large drainage. .. Mort.

Secondipare de 28 ans, entrée dans le service le 20 septembre 1930. Bonne santé habituelle, 2 accouchements normaux, le dernier remonte à 9 jours.

Au quatrième jour des suites de couches, apparition de violentes douleurs abdominales avec vomissements et température à 38°.

A l'entrée abdomen légèrement ballonné, douloureux à la palpation dans toute son étendue.

Le toucher ne montre aucune lésion de l'appareil génital. Malgré l'application de glace, les phénomènes ne s'améliorent pas ; persistance des vomissements dans lesquels on constate la présence d'ascaris.

Les symptômes généraux s'aggravent rapidement, les signes de péritonite se confirment.

On décide l'intervention : une incision sus-pubienne donne issue à une grosse quantité de pus, d'odeur fécaloïde ; on place alors un large drainage. On pratique également une incision de la fosse iliaque droite, qui permet de constater l'existence de lésions de péritonite appendiculaire intense ; un gros drain rétro-cæcal est placé dans cette incision.

Malgré cela, l'état de la malade ne s'améliore pas et le décès survient le lendemain de l'intervention.

OBSERVATION XXXIII

par MM. TRILLAT et ROCHER

(in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris

Année 1931 — Pages 53-54

Appendicite aiguë quatre semaines après un accouchement normal. — Intervention. — Guérison.

Secondipare de 22 ans, ayant accouché en dernier lieu le 30 juin 1930 à la Maternité de la Charité. Accouchement normal ayant eu des suites très simples. Aucun antécédent pathologique.

4 semaines après l'accouchement, soit le 26 juillet, apparition d'un syndrome abdominal douloureux violent avec nausées et température à 39°.

A l'arrivée dans le service, douleurs généralisées à tout l'abdomen, persistance des nausées ; palper douloureux dans la fosse iliaque droite.

Intervention pratiquée le 5 août 1930 : existence de pus et de sérosité dans la cavité abdominale. Appendice fortement congestionné, forte réaction épiploïque. Au cours des suites opératoires, légère phlébite de la jambe droite.

OBSERVATION N° XXXIV

par MM. PERY et PRINCETEAU

(in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1926. — Pages 493-494)

Appendicite des suites de couches ayant débuté immédiatement après un accouchement. — On pense à des accidents de torsion de kyste de l'ovaire. — Altération profonde de l'état général. — Intervention : péritonite d'origine appendiculaire. Appendicectomie. — Mort par vomito-negro appendiculaire.

Observation résumée

Femme de 27 ans, entrant à la Maternité pour douleurs abdominales avec fièvre.

Ces accidents datent du 13 mai (7 jours auparavant), époque à laquelle elle a fait un accouchement normal à terme, d'une fille vivante et bien portante.

La douleur a succédé immédiatement à l'accouchement ; elle a été très violente et très brusque, en coup de poignard, dans le côté droit, avec réaction péritonéale, nausées, puis vomissements.

Le 20 mai, à son admission à la Maternité, état grave, mais non alarmant. Bon facies. Bon poulx. Température entre 37 et 38°.

Dans la fosse iliaque droite, masse arrondie, régulière, remontant au niveau de l'ombilic. Elle est rénitente, douloureuse, non mobilisable. Elle fait une saillie convexe et régulière dans le cul-de-sac droit ; elle est indépendante de l'utérus.

On pense à des accidents de torsion lente de kyste de l'ovaire et on se propose d'intervenir. Malgré l'application de glace, la température monte à 40°, avec de grandes oscillations. Le poulx atteint 130. Vomissements porracés fréquents.

Le 5 juin, nouvelle crise douloureuse d'une intensité extrême dans le côté droit de l'abdomen avec ventre de bois, facies plombé.

Opération le même jour. Incision de la paroi. Liquide louche ; épiploon épais, infiltré, rougeâtre, bloquant

A 21 heures 30, mort dans le collapsus. complètement la moitié droite du petit bassin et la fosse iliaque droite. Après protection soigneuse du reste de l'abdomen, on sectionne entre deux pinces le tablier épiploïque. Les annexes droite constituent une masse dure étroitement fixé au bassin. Plus haut, le cæcum apparaît contourné avec un appendice en partie rétro-cæcal, turgide et bosselé.

Ablation des annexes gauches, puis de l'appendice. Mikulicz. Fermeture avec fils métalliques.

Bonnes suites immédiates ; mais, le 7 juin, 48 heures après l'intervention, brusque accident syncopal avec vomissements noirâtres. Disparition du poulx. Lavage d'estomac ramène 1 litre 1/2 de liquide noirâtre, nettement hémorragique. Mort.

OBSERVATION XXXV

par M. JEAN HARTEMANN

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1929. — Pages 429-430)

Appendicite aiguë opérée pendant la gestation. — Mort rapide après l'accouchement par péritonite très probablement consécutive à la diffusion d'une collection enkystée d'origine appendiculaire.

Observation résumée

Première pare, âgée de 25 ans. Pas d'antécédents appendiculaires. Dernières règles terminées le 30 juillet 1928. Début de grossesse sans incidents, mais quelques vomissements et constipation.

Le 22 décembre 1928 : crise d'appendicite sans grande température opérée à la 43^e heures seulement. Pus diffus. Appendicectomie. Drainage. Morphinisation. 40 jours d'hospitalisation.

Le 24 février 1929, entre à la Maternité pour menaces d'accouchement prématuré.

À l'examen, facies terreux ; température à 36°7. Pouls un peu rapide. Du point de vue abdominal, pas de douleur à la palpation ; utérus de 27 cm. tendu d'une façon permanente ; la cicatrice paraît adhérente à l'utérus. Au toucher, col légèrement entr'ouvert. Morphinisation.

Le 28 février, à 20 heures 45, rupture brusque de la poche des eaux. Accouchement à minuit d'un fœtus de 1700 gr. qui ne tarde pas à succomber. Délivrance au bout de 55 minutes. Puis coliques, nausées, accélération et petitesse du pouls, pâleur, température à 36°9.

Le 29 février, à 6 heures 30, aspect schoké. Pâleur, vertiges, refroidissement des extrémités, pouls à 150. L'utérus reste adhérent à la cicatrice. On pense à la rupture d'adhérences consécutives à la rétraction utérine, et à un suintement sanguin réalisant ce tableau d'hémorragie interne.

Tonicardiaques, glace sur le ventre. Impossibilité d'une

intervention, étant donné l'état alarmant de la malade. Transfusion de 350 cm. cubes de sang.

A 21 heures 30, mort das le collapsus.

Autopsie : grosse quantité de pus fétide répandue dans toute la cavité abdominale. On suppose que l'accouchement a libéré une collection enkystée latente dont on n'a pu identifier l'emplacement primitif.

Conclusions de l'auteur :

a) L'appendicectomie n'a pas mis à l'abri de la péritonite brutale du post-partum, que l'on observe quelquefois chez des femmes atteintes d'appendicite, mais non opérées. Ceci ne constitue pas un argument contre l'intervention.

b) Le fait d'une appendicectomie antérieure a fait errer le diagnostic.

OBSERVATION N° XXXVI

Observation de VIGNES, reproduite
dans la thèse de BARBARO

Femme ayant présenté plusieurs crises d'appendicite méconnues au cours de sa grossesse. — La dernière poussée a coïncidé avec le travail et les suites de couches. — Difficultés du diagnostic. — intervention : deux abcès, appendice rétro-cæcal. — Drainage simple. — Guérison. — Par la suite, appendicectomie.

Observation résumée

Jeune femme âgée de 25 ans. Dernières règles fin avril 1923. Bonne gestation, mais exagération marquée d'une constipation qui lui est habituelle.

En juin, incidents abdominaux. Un premier médecin consulté porte le diagnostic d'appendicite ; mais un deu-

xième praticien appelé en consultation constate une masse dure, régulière, sensible, siégeant à droite de l'utérus et pense à une grossesse extra-utérine. Puis tout rentre dans l'ordre, émission de selles et disparition de la masse qui n'était que le cæcum distendu par les matières.

Le 5 janvier, douleurs abdominales. Le 6 janvier, persistance des douleurs. Une sage-femme trouve un col entier. Le Docteur Vignes constate une douleur latéro-utérine et lombaire droite ; le pouls est à 100, la température à 38°8. Le diagnostic reste en suspens, après avoir éliminé pyélonéphrite, grippe, entérite. Administration de morphine.

Le 7 janvier, un lavement ramène des « peaux » (signe en faveur d'une entérocolite) ; mais vomissement dans la nuit. Modification de la localisation des douleurs : la région latéro-utérine droite est toujours sensible, mais, lors des crises, le siège maximum de la douleur est dans la zone lombaire. De plus, le membre inférieur droit est douloureux et difficilement mobilisable. Cette irradiation fait poser au Dr. Vignes, le diagnostic d'appendicite.

Le 8 janvier, baisse de la température, amélioration de l'état ; on décide de temporiser.

Le 12 janvier au matin, premières douleurs de l'accouchement. Douleurs longues, pénibles, avec intervalles douloureux.

Le 13 janvier, à 5 h. 15, dilatation complète. Sous chloroforme, application de forceps en O.I.G.A., et extraction d'un enfant de 2,600 gr. Délivrance naturelle.

Nuit du 13 au 14 janvier : douleurs très violentes, diffuses avec maximum dans le flanc droit et la fosse iliaque droite. La région lombaire est spontanément douloureuse. Pas de défense.

On décide l'intervention. Incision de la fosse iliaque droite ; premier abcès avec pus « bouillon sale », et, plus profondément, seconde collection de pus bien lié au milieu des anses agglutinées, se continuant jusque sous le bord droit de l'utérus. On ne peut atteindre sans danger l'appendice qui est rétro-cæcal. Drainage. Guérison.

Quelques semaines après, appendicectomie,

Formes associées

OBSERVATION XXXVII

par M. A. GUILLEMIN

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et des Gyn. de Paris)

(Année 1928. — Pages 649 et 650)

Appendicite aiguë et rupture de grossesse tubaire bilatérale dans les premiers jours de la gestation. — Opération. — Guérison.

Femme âgé de 23 ans, mariée depuis 3 mois, présente un retard de règles de quelques jours vers le 8 janvier.

Prend une médication qui fait apparaître les époques pendant 6 jours.

Le 16 janvier, brusquement, violente douleur brutale se localisant dans la fosse iliaque droite avec défense de la paroi et température à 38°5.

Le 27 janvier, nouvelle crise plus intense de type nettement appendiculaire. Le même jour, suintement sanglant vaginal.

Le 3 février, nouvelle crise, mais syncopale. Pâleur, petitesse du pouls qui est très rapide. Pas de température.

Contraction de la paroi abdominale. Toucher montre un Douglas bombé et une tuméfaction annexielle droite.

A 23 heures, intervention. Bassin rempli de caillots. Fissure de 1,5 centimètres dans le 1/3 externe de la trompe. Ablation de cette portion avec conservation du segment interne.

Ablation d'un appendice gros, turgescant avec quelques adhérences.

Trompe gauche rompue et saignante est extirpée.

Suites normales.

Réapparition des règles le 17 avril.

OBSERVATION N° XXXVIII

par MM. COUVELAIRE et LANGEVIN

(In Bull. de la Soc. d'Obst et de Gyn. de Paris)

(Année 1926 — Pages 610 et 611)

Pyélonéphrite et appendicite au cours de la gestation (du 4ème au 5ème mois). — Altération progressive de l'état général. — Evacuation de l'utérus.

— Poussée appendiculaire. — Plastron péritonéal.

— Appendicectomie retardée. — Guérison.

Début de la grossesse sans incident.

4ème mois : apparition brusque de douleurs vives survenant par crises, localisées dans la région lombaire droite. Apparition, en même temps, de vomissements prenant le caractère de vomissements graves par leur répétition et l'état de dénutrition progressivement croissant. Température irrégulière (37 à 38°5). Urines purulentes avec colibacilles. Urotropine, bleu de méthylène, lavages vésicaux, cathétérisme de l'uretère, qui montre une rétention d'urine dans le bassinet. Lavages avec solutions de protargol. Le 22ème jour, débâcle d'urines claires avec défervescence thermique.

Pourtant l'amélioration est passagère, aggravation de l'état général, vomissements continuent aboutissant à un état de dénutrition profonde.

Les Docteurs Langevin et Meyer envisagent une interruption artificielle de la grossesse. M. Couvelaire appelé à examiner cette malade, est frappé par l'inclinaison très accentuée de l'utérus sur la droite. La région lombaire droite et la fosse iliaque droite sont très douloureuses.

Evacuation de l'utérus

Le 2ème jour, apparition de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite avec température, plastron péritonéal. Deux mois après, appendicectomie. Appendice très adhérent à l'utérus, Guérison sans incident.

Erreurs de Diagnostic

OBSERVATION N° XXXIX

Par M. LAURENTIE

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1924).

Phénomènes graves de colibacillose gravidique ayant simulé l'appendicite au 4° mois d'une gestation. Laparotomie exploratrice : les différents organes abdominaux, et notamment l'appendice, ne présentent rien d'anormal.

Observation résumée

Le 10 février 1923, je suis appelé auprès de Mme T... 23 ans, pour des douleurs abdominales très vives, survenues au 4° mois de sa première grossesse. Pas d'antécédents pathologiques.

Début des accidents brusque, il y a 2 ou 3 jours avec fièvre. A l'examen, ballonnement du ventre qui est douloureux surtout dans la région appendiculaire. Température de 39°4. Pouls à 120. Constipation opiniâtre. Vomissements verdâtres. Utérus gros de 4 mois dont la mobilisation est douloureuse.

Diagnostic d'appendicite ; diète ; morphine (0,01 centigr.) ; glace sur l'abdomen.

Quatre jours après, persistance des phénomènes.

Le 18 février, persistance des symptômes ; état fébrile (oscillant de 37°5 à 40°) ; maximum des douleurs au niveau de la région appendiculaire ; rien d'anormal dans les urines.

Le 20 février, température à 40°2, pouls à 190. On décide d'intervenir.

Le 21 février, intervention. Laparotomie sous-ombilicale médiane : rien d'anormal à l'exploration des différentes régions appendiculaire, vésiculaire, rénale, etc., ; intestin de couleur normale, sans distension.

Après l'intervention, purgatifs et grands lavements bi-quotidiens.

Finalement, ces accidents ne disparurent qu'après un avortement spontané, qui eut lieu vingt jours plus tard.

OBSERVATION N° XL

Par BAYLEY

(Medical Record, New-York, 16 Mars 1895)

Crise appendiculaire confondue avec une indigestion.

Observation résumée in thèse de Melle GLOTAÏN,

Paris, 1915

Mme C., tertipare, 30 ans, enceinte de six mois, sans antécédents appendiculaires, fut prise de douleurs localisées près du cæcum, accompagnées de diarrhée et de vomissements.

On crut à une indigestion. Le traitement habituel produisit un soulagement passager durant trois jours.

Au bout de trois jours, la douleur très intense se localise au point de Mac Burney. Le diagnostic d'appendicite fut alors établi. La malade fut traitée médicalement et guérit en une quinzaine de jours. Accouchement à terme.

OBSERVATION N° XLI

Par MM. GAUCHERAND et PUIG

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1925. — Page 728)

Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 6 mois, confondue avec une cholécystite, en raison d'une symptomatologie vésiculaire. Accouchement prématuré. Signes tardifs d'appendicite. Intervention. Mort.

N., Marie, 26 ans, 1 pare. D. R. : 10 au 18 août 1924 ;
A. P. : 21 mai.

Rien de notable dans ses antécédents. Le 22 février, étant par conséquent enceinte de 6 mois, malaises digestifs, puis vomissements verdâtres, accompagnés de douleurs dans le bas-ventre, avec prédominance à droite. Le lendemain, amélioration spontanée.

Le 24, les vomissements réapparaissent. La température est de 38°2. La malade est alors envoyée à la Charité, dans le service du Professeur Commandeur. Le chirurgien de garde, appelé à donner son avis, constate une contraction très légère de la paroi uniquement localisée à la région vésiculaire, le libre jeu du diaphragme, l'absence d'altération des traits. Les vomissements sont toujours fréquents, la température est à 38°, le pouls à 140.

Le diagnostic de cholécystite est porté et le traitement représenté par la vessie de glace en permanence et la diète. Les douleurs sont surtout ressenties dans la région para-colique droite.

Le 25, état stationnaire. Température à 38°2. Pouls à 140. Un petit vomissement porracé. Le facies reste bon.

Le 26, accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant de 1,300 gr. en présentation du siège décomplété mode des pieds, qui ne vit que quelques heures. Température : 38°4.

Le 1er mars, la température s'élève progressivement depuis l'accouchement pour atteindre 38°9.

Le 2 mars, température à 39°8, pouls à 136. On perçoit à droite une tuméfaction allongée qui s'étend à la fosse iliaque interne jusqu'à 4 à 5 cm. au-dessous du rebord costal. Léger ictère des conjonctives. Météorisme.

Le 4 mars, les vomissements reprennent porracés et fréquents. Point très douloureux dans la fosse iliaque droite. Altération de l'état général. Température : 39°8. Pouls : 144. Facies grippé, yeux excavés. Ventre météorisé.

Le 5 mars, intervention chirurgicale (Pr. Villard). Dans la fosse iliaque droite, sous le cæcum, pus extrêmement fétide qu'on aspire. Nettoyage de la fosse iliaque et du cul-de-sac correspondant. Drainage.

Dans la même journée, l'aggravation de l'état général se prononce. Le pouls est filant, le visage cyanosé. La mort survient dans l'après-midi.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on constate une péritonite purulente diffuse ; puis dans les culs-de-sac péritonéaux, les gouttières para-coliques, les fosses iliaques. Etage sus-mésocolique indemne. On retrouve l'appendice rétro-cæcal complètement gangréné et sectionné à sa racine.

Les autres viscères ne présentent aucune altération particulière.

OBSERVATION N° XLII

PAR EISELSBERG

(Berliner Klinisch Wochenschrift, 1908, N° 1, p. 19)

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu pris pour une appendicite.

*Observation résumée in thèse de Mlle GLOTAÏN
Paris, 1915.*

Femme de 24 ans ; en juillet 1905, a une crise de péri-typhlite traitée médicalement.

En janvier 1906 accouchement normal.

Dans le courant de mars 1906, nouvelle crise offrant tous les symptômes d'appendicite aiguë. Vers la fin de la convalescence, l'examen pratiqué par Eiselsberg donna le renseignement suivant : un peu au-dessus du point de Mac Burney, présence d'une masse grosse comme le point très sensible.

Diagnostic : appendicite à répétition. Opération le 13 juillet 1906 : kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu plusieurs fois.

OBSERVATION N° XLIII

Par M. Gaston BONNAL

(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)

(Année 1934. — Page 71)

Syndrome abdominal aigu avec signes d'anémie et contracture très accusée du ventre droit chez une femme présentant un retard de règles de quelques jours. On hésite entre grossesse extra-utérine rompue et appendicite aiguë. Incision de Mac Burney : rupture de la trompe qui saigne. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Guérison.

Une jeune femme de 30 ans, mariée depuis 6 ans, sans enfants, est prise brusquement dans la nuit du 4 au 5 mai, vers 3 heures du matin, d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite. Elle se réveille en sursaut et, sous l'effet de la douleur, va se rouler dans son lit, jusqu'à ce que son mari effrayé, aille réveiller un confrère, ami de la famille, qui institue un traitement de piqûres d'huile camphrée, de sérum et de morphine. Lorsque je vois cette jeune femme le lendemain à 8 heures du soir, soit 17 heures après le début, l'impression est tout à fait mauvaise. Le pouls est petit, rapide, incomptable, la température est à 36°, le facies est extrêmement pâle, les lèvres décolorées, la malade est dans un demi-coma et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. C'est par l'entourage qu'on peut faire préciser certains points. On apprend ainsi qu'il y a un retard de règles de quelques jours, mais que le fait s'est déjà produit, que rien, les jours précédents, et la veille en particulier, ne faisait prévoir le drame de la nuit précédente.

L'examen révèle une douleur vive dans la fosse iliaque droite avec contracture très accusée du ventre droit. Le toucher vaginal ne révèle rien de bien particulier, si ce n'est de la sensibilité à droite, mais pas d'empâtement, pas de collection perceptible.

En présence d'une douleur aussi vive, d'une contracture aussi nette, d'un état aussi grave, la laparotomie s'impose. Elle est pratiquée deux heures plus tard, la

malade ayant été bourrée de sérum intraveineux avant l'intervention et sous-cutané pendant l'intervention.

Incision de Mac Burney qui montre une grossesse extra-utérine rompue avec caillots dans l'abdomen et rupture de la trompe qui saigne. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits, nettoyage de la cavité abdominale, drainage et fermeture rapide. Suites opératoires très mouvementées les premiers jours, la malade ne se remontant que lentement, puis l'état général reprit peu à peu et l'opérée entra en convalescence.

OBSERVATION N° XLIV

Par Otto FALK

(Zentr. für. Gyn., 1900, N° 7, p. 163)

Péritonite appendiculaire confondue avec grossesse extra-utérine rompue.

Observation résumée in thèse de Melle GLOTAÏN
Paris 1915,

Femme enceinte de six mois, est prise d'une douleur violente au niveau de l'hypogastre, fièvre, constipation, ventre ballonné, pouls à 110.

On diagnostique grossesse extra-utérine rompue.

A l'opération, on trouve une péritonite avec un appendice nécrosé. Guérison, accouchement à terme.

OBSERVATION N° XLV

Par LINDNER

(Archives de Gynécologie, Berlin, 1907)

Rupture de grossesse tubaire prise pour une appendicite.

Observation résumée in thèse de Melle GLOTAÏN
Paris 1915.

Femme de 22 ans admise le 16 avril 1901 : pas de suppression menstruelle. Dernières règles, il y a 3 semaines.

Dans la nuit du 14, douleur soudaine, vomissements, pas d'émission de gaz, refroidissement des extrémités, pouls à peine perceptible, ventre ballonné, défense accentuée à droite.

Diagnostic : appendicite. Laparotomie : cavité abdominale inondée de sang, perforation de la trompe droite. Guérison.

OBSERVATION N° XLVI

Par Howard CRUTCHER

(Medical Record, New-York, 1896, p. 461)

Péritonite appendiculaire prise pour une infection post-abortum.

Observation résumée in thèse de Melle GLOTAÏN

Jeune fille de 17 ans prise le 16 juillet de vomissements, crampe au niveau de l'estomac, constipation, épreintes. Le 18 juillet la malade expulse un fœtus de deux mois et on procède à un curettage. Malgré le curettage, la situation ne s'améliore pas : les coliques, la constipation, le mal de tête persistent. Le pouls faiblit, battant à 160 pulsations ; température 105°5 F. L'abdomen très distendu n'est pas douloureux.

Le diagnostic fut posé de métrite septique, et, malgré l'état désespéré de la malade on tente une intervention.

A l'ouverture de l'abdomen, un flot de pus fétide s'échappe et l'on trouve un appendice vermiforme sphacélé et perforé.

La malade meurt trois jours après l'intervention.

Evacuation préalable de l'utérus

OBSERVATION N° XLVII

Par MM. G. COTTE et Ch. GONNET
(In Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris)
(Année 1929. — Pages 561 et 562)

Péritonite aiguë d'origine appendiculaire au 7^e mois de la grossesse. Rachianesthésie qui permet de vider préalablement l'utérus (méthode de Delmas) et de pratiquer plus facilement l'appendicectomie. Suites simples.

Primipare de 23 ans. D. R., le 13 octobre 1928.

Le 19 mai, malaises généraux. Le 20 mai : douleur abdominale au niveau de la fosse iliaque droite sans vomissements.

Le 23 mai ; douleurs généralisées à tout l'abdomen, signes indiscutables de péritonite : température à 38°8, vomissements porracés, ventre tendu et météorisé.

Le 24 mai, la malade doit être de toute nécessité opérée. On se demande s'il n'y aurait pas lieu de vider préalablement l'utérus qui gênera certainement beaucoup la recherche de l'appendice.

En définitive, rachianesthésie ; incision de Mac Burney très latérale. Séro-pus s'écoule. Impossibilité de voir le cæcum et l'appendice. Mèches temporaire dans la plaie.

Evacuation de l'utérus. La dilatation est complète en 6 minutes. La tête refoulée, on saisit un memore inférieur, puis l'autre et l'on extrait sans difficulté un enfant de 1850 gr. qui s'éveille rapidement. Délivrance artificielle. Aucune déchirure.

Laparotomie médiane. Exploration de l'abdomen montre une péritonite d'origine appendiculaire. Appendicectomie. Fermeture de l'incision médiane après assèchement du péritoine ; appendicostomie en glissant une sonde de Nélaton dans le moignon appendiculaire. Trois mèches dans le foyer appendiculaire.

Suites simples.

OBSERVATION N° XLVIII

Observation de MM. Peralta RAMOS et R. BELLO
(In Boletín de la Sociedad de Obstetrica y Gynecologia,
t. VIII, 14 novembre 1930)

(Résumée in thèse de PIGEAUD)

*Péritonite appendiculaire au 6° mois. Dilatation
par le procédé de Delmas. Appendicectomie. Ex-
traction de l'enfant au forceps.*

Femme de 23 ans. Primipare. Arrive avec les symp-
tômes cliniques d'une péritonite appendiculaire généra-
lisée, au sixième mois de la grossesse.

Après rachianesthésie, on pratique la dilatation sui-
vant la technique de Delmas et on termine avec le bal-
lon de Champetier.

On procède ensuite à la laparotomie et à l'appendicec-
tomie après quoi on extrait l'enfant au forceps.

Conclusion

1°. — Une première crise d'appendicite se rencontre aussi fréquemment pendant la grossesse qu'en dehors d'elle.

2°. — Une appendicite ancienne récidive souvent au cours de la gestation.

3°. — Les facteurs déterminants sont surtout la colibacillose, la présence de l'utérus gravide et les phénomènes de travail prématuré.

4°. — L'appendicite non traitée est une cause fréquente d'interruption de la grossesse.

5°. — La symptomatologie est souvent atypique, surtout dans les derniers mois, et le diagnostic n'en devient que plus délicat.

6°. — Toutes les formes anatomiques et évolutives peuvent s'observer au cours de la grossesse :

Appendicite pelvienne,

Appendicite rétro-cæcale,

Appendicite latéro-cæcale,

Appendicite simple,

Appendicite avec péritonite localisée,

Appendicite avec péritoine généralisée.

Les péritonites sont plus fréquentes pendant la grossesse qu'en dehors d'elle. Elles sont provoquées surtout par le travail et par l'évolution utérine.

7°. — *L'appendicite et la gestation se compliquent mutuellement. Le pronostic est dans l'ensemble plus grave pendant la gestation qu'en dehors de la gestation.*

8°. — *L'ablation de l'appendicite chez une femme à passé appendiculaire constitue la meilleure prophylaxie de la redoutable crise aiguë survenant pendant la grossesse.*

9°. — *Toute appendicite aiguë au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches, doit être opérée immédiatement. La technique opératoire est à peu près la même que celle de l'appendicite en dehors de la gravidité.*

10°. — *Dans les cas de crise simple ou de crise compliquée de péritonite localisée, il est indispensable de lutter énergiquement contre l'avortement ou l'accouchement prématuré par l'emploi de la morphine (4 ctgr. par jour).*

Dans les cas de péritonite diffuse apparaissant chez une femme à terme ou proche du terme, l'intervention consistera surtout dans l'établissement d'un bon drainage. L'évacuation préalable de l'utérus a pu sembler excellente dans certains cas exceptionnels, en soustrayant l'enfant à l'infection, et en facilitant le drainage. Cependant, cette évacuation n'est pas sans danger pour la mère, et il est préférable de s'en tenir à l'appendicectomie et au drainage.

Bibliographie

- ABRAHAMMS. — *Americ. J. of Obst.*, T.XXXV, 1897, p. 205.
- AGUINET. — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. *Thèse de Paris*, 1903.
- ALFONSI. — Appendicite gangréneuse et grossesse (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, p. 823).
- ANDERODIAS et VILLAR. — Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparotomie pour rupture utérine. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1930, p. 349.
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements, T. II.
- BARBARO G. — Appendicite et grossesse. *Thèse de Paris* 1926.
- BETH B. F. — Appendicits complicating pregnancy and parturition. *Homeop. J. Obst. New-York*, 1903, XXV, 9.
- BOHLER E. — Appendicite et grossesse. Considérations sur le mauvais pronostic et sur les causes du mauvais pronostic de l'appendicite pendant la grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1930 p. 683-85.
- BOIJE. — De l'appendicite dans la grossesse, le travail et les suites de couches. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1903, N° 39, p. 1166.
- BOIJE. — *Mitteil, aus der klinik von Engström in Helsingfors*, 1903, Bd V, H I.
- BONNAL G. — Grossesse extra-utérine rompue ou appendicite aiguë. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1934, p. 71.

- BONNET L. — Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aiguë. *Gynécologie et Obstétrique, année 1925*, t. II, p. 36.
- BOULLIER F. — De l'appendicite pendant la grossesse. *Thèse de Lyon*, 1897.
- BOURY J. — Etude de l'appendicite au cours de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1925.
- BRINDEAU. — Appendicite et gestation, *Journal des Praticiens*, 1910.
- . — Appendicite et gestation, *Cours fait à la Faculté de Médecine de Paris*, 1926.
- BRINDEAU et JEANNIN. — Appendicite gangréneuse à forme pelvienne chez une femme enceinte, péritonite généralisée ; appendicectomie, mort. *Bull. Soc. d'Obst.*, Paris, 1909, XII, 169.
- BUFFORD R. K. — Appendicitis complicating pregnancy ; review of 12 cases report of ruptured recurrent appendicitis with peritonitis four days before full term ; operation and recovery. *West. Virgin. M. J. Huntington*, 1920, XV, 335.
- BULL P. — Appendicite et grossesse. *In diskussionen efter goran holms foredrag*, 1921.
- BUNCH G. H. — The diagnosis of appendicitis complicating pregnancy. *J. South. Car. M. Ass. Greenville* 1918, XIV, 250.
- BURTOS et MORON. — Appendicite et grossesse. *Prens. Med. Argent.* 20 mai 1927, p. 369.
- CALIRI. — Contributo allo studio della leucocitosi e della formula leucocitaria nelle suppurazioni pelviche e nella gravidanza extra-uterina. *Annali di ostetrica e gynecologica*, avril 1910, page 305.
- CARNELLI R. — Sette casi di appendicite in gravidanza. *Clin. Ost.*, Febr. 1930.
- CATHALA. — Pyélonéphrite gravidique, *Thèse de Paris*, 1904.

- CATHOMAS. — Die differential diagnose zwischen akuter Appendicitis und Ruptur einer graviden Tube. *Beitrage zur Klinische Chirurgie*, novembre 1909, B. I.XI, p. 148.
- CATURANI M. — Appendicite in gravidanza, con rapporto di tre casi. *Arch; Ital. di Gin.*, Napoli, 1913, XVI, 33.
- CHAPUT. — Appendicite et grossesse. *Thèse de Bordeaux*, 1923.
- CHROBACK. — In *Thèse de Filhastre*, Bordeaux, 1930.
- CICCOMSKI. — Appendicite et grossesse. *In der Discussion. Belzynski*, 1921.
- COCKE N. P. et MASON J. M. — Management of acute appendicitis developing in latter weeks of pregnancy ; report of a case treated by Caesarean section and appendectomy. *J. Am. M. Ass., Chicago*, 1920, LXXV 95.
- COE. — Appendicite et grossesse. — *American J. of Obst.*, août 1905 ; in *Presse Médicale*, 8 juillet 1905.
- COMMANDEUR et DUVERNAY. — Appendicite et puerpéralité, *Soc. des Sciences Méd.*, 30 nov. 1904, in *Lyon Médical*, janvier 1905, T. 104, p. 20.
- CONDACHI I. — Appendicite e gravidanza. *La riforma med.* 45, 542, April. 20, 1929.
- CONDAMIN. — La douglassite dans ses rapports avec les avortements à répétition en dehors de la syphilis. *Lyon Médical*, t. CXLIV, N° 34, 25 août 1929, p. 217. Analyse par Michon in *Gyn. et Obst.* 1931, t. XXIV, p. 93.
- CONTER. — Appendicite et gestation, *Thèse de Nancy*, 1905.
- COOKE C.O. — A case of appendicitis complicating pregnancy in eighth month ; operation ; miscarriage ; recovery. *Yale Med. Journal New Haven*, 1907, 1908, XIV, 299.
- . — Appendicitis complicating pregnancy, with report of four cases, *New-York Med. J.*, 1909 LXXXIX, 890.

- COTTALORDA J. et GAVAUDAN F. — Appendicite au cours de la grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1933, p. 566.
- COTTE G. et GONNET C. — Péritonite aiguë d'origine appendiculaire au 7^e mois de la grossesse ; évacuation utérine par le procédé de Delmas. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1929, p. 561-562.
- COUVELAIRE et LANGEVIN. — Pyélonéphrite et appendicite au cours de la gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1926, p. 610-611.
- CROISIER. — Appendicite et vomissement incoercibles. *Soc. Obst. de Paris*, avril 1903.
- CROSIE R. — « Quelques considérations sur l'appendicite au cours de la grossesse ». *Thèse de Paris*, 1906.
- CRUTCHER H. — Appendicitis complicating pregnancy. — *Med. Rec. N. Y.*, 1896, L, 461.
- CURAT B. J. et LASALA A. J. — Appendicitis ciguda y embarazo. Peritonitis generalizada post parto. Obstruccion intestinal post operatoria. *Semana Med.* 1, 994, April 1931.
- DEICHGRABER H. — Zur differential diagnose zwischen Appendicitis und Pyelitis bei Gravidität. *Chirurg. Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin.* Berlin und Wien, 3 : 557-560, June 15, 31.
- DELAGENIERE. — Vomissement incoercibles et gestation, *Gazette de Gyn.*, mai 1914.
- DELBET P. — Traitement des appendicites par le sérum antigangréneux de Weinberg. 29^e *Cong. de l'Ass. Franc. de Chir. Paris*, 4-9, 10, 20. *Gaz. des Hôp. Civ. et Milit.* S. 1601, 1920.
- DELU. — Acute appendicitis in pregnancy at term. *Surg. Clin. N. Amer.* T. 921, p. 1003.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Appendicite et gestation, *Manuel de l'accoucheur*, Paris, 1924, p. 503-506.
- D'ERRICO E. — Appendicitis in pregnancy, with analysis of 65 cases. *New England Journal of Medicine*, BOSTON, 209 : 27-34, July 6, 33.

- DERVAUX. — Appendicite suppurée au cinquième mois de la grossesse ; avortement ; guérison. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1928, p. 728-729.
- DEXEUS FONT S. et GIL VERNET E. — Observaciones de apendicitis coexistiendo con estados gravidos. *Rev. Med. de Barcelona* 15 : 411-419, May 31.
- DIEULAFE L. — Sur les liaisons appendiculo-ovariennes. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 542-43.
- DIEULAFOY. — Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897-98, t. II, 16^e leçon.
- DODERLEIN. — Appendicitis und Schwangerschaft. *Doderlein-Kronig*, 4, 1921.
- DONOGHUE. — Appendicitis complicating pregnancy, with report of case ; removal of gangrenous appendix at three and one half months delivery at term. *Boston Med. and Surg. Journal*, 1902, CXLVII, 272; in *Med. Review*, nov. 1902.
- DONOGHUE F.D. — Appendicitis complicating pregnancy, with report of case ; removal of gangrenous appendix at three and one half months delivery at term. *Boston M. S. J.*, 1902, CXLVII, 272.
- DUBRISAY. — Appendicite des suites de couches. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris* 1901.
- DUPUIS. — De l'appendicite dans ses rapports avec la puérpéralité. *Thèse de Lille*, 1906.
- EASTMOND. — Roentgen-diagnosis of appendicitis. *Med. Rec. Ind.* 100, p. 677, 1921.
- EUREN. — Nordisk Kirurgisk forenings 14 : e mote i Stockholm, p. 107, 1923.
- FALKFINSTEN. — Inaug. Dis. Ueber die Verwertung des Blutbildes besonders bei Appendicitis. *Fred-Wilh. Univ.*, Breslau, 1920.
- FATYOL C. — Gestation und akute Appendizitis. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Stuttgart,

- 105 : 449-460, 33.
- FAVREAU et CHAPUT. — Appendicite et gestation, *Progress Méd.*, 21 mars 1913, p. 133.
- FAVREAU. — Appendicite et grossesse. *Journ. des S. Med. de Lille*, 15 déc. 1929, N° 50, p. 464.
- FAVREAU, KLEIN et BATTEUR. — Syndrome d'occlusion intestinale au cours de la grossesse avec appendicite gangréneuse pelvienne. *Bull. de la Soc. d'Obst et de Gyn. de Paris*, année 1933, p. 542.
- FELLNER O. — Soll man vor der Appendicitis operation die Schwangerschaft beendigen oder nicht. *Therap. D. Gegenwart.*, Berlin 1906, XLVII, 542.
- FESQ J. — Grossesse extra-utérine et appendicite (diagnostic différentiel et coexistence). *Thèse de Paris* 1911.
- FICKLEN E.A. — Appendicitis in the latter weeks of pregnancy. *N. Orl. M. et S. J.*, LXXVIII, 1925, 146.
- FILACHET. — Appendicite et grossesse. *Thèse de Lille*, 1922.
- FILHASTRE J. X. — Appendicite et grossesse. Diagnostic. Indications opératoires. Technique et résultats. *Thèse de Bordeaux* 1929-1930.
- FINDLEY. — Appendicitis complicating pregnancy. *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, 1912 LIX, 612.
- . — Appendicitis complicating pregnancy labor and the puerperium. *Am. J. Obst.* N. Y., 1909, LX, 993
- FRAENKEL. — « Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur geburtshülfe und gynäkologie », Sammlung Klinischer Vorträge von R. von Volkmann, neue Folge, N° 229, 1898.
- FREUND. — Appendicitis in der Schwangerschaft. *Verhandl. D d. Deutsch. Gessellsch. f. Gynäk*, 1913, XV 217.
- FROELICH. — Appendicite compliquant la grossesse (4 obs.), *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1914, p. 727.
- FROMM F. — Fall on Appendicitis gangraena in graviditate mit tödlichen Ausgang. *Zentr. f. Gyn.*, Leipzig, 1908, XXXII, 592.

- FRY H. D. — Case of appendicitis and ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy. *Wash. Med. Assoc.* 1904, III, 448.
- FULLERTON W. D. — Appendicitis complicating pregnancy. *Ohio State Med. J.*, 1926, 124.
- FUTH. — Déplacement du cæcum pendant la grossesse (*Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1905, T. LXXVI, p. 507-536 ; in *La Semaine Médicale*, 7 février 1906)
. — Über die hohe Mortalität der Perityphlitis während der Schwangerschaft. *Münch. Med. Wochenschr.*, 1906, LIII, 401.
. — Über die hohe Mortalität der Appendicitis in graviditate und ihre Ursachen. *Med. Klin. Berlin*, 1913, IX, 1575.
- GARRIGA et ROCA. — Un cas d'appendicitis i embaras. *Ann. de Med.* An. XXII, N° 9, Sept. 1928, p. 559.
- GASBARRINI. — E sempre possibile la diagnosi differenziale fra gravidanza tubarica destra rotta nel peritoneo e peritonite appendicita. *Riforma medical.*, 1910, page 80.
- GAUCHERAND et PUIG. — Appendicite et grossesse. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1925, P. 728.
- GIOIA T. — Peritonitis generalizada purulenta por appendicitis aguda y embarazo de ocho meses y medio. Operacion ; apendicectomia ; curacion *Semana med.* 1 : 12-14, Janv. 1, 31.
- GIULIO DELLI COLLI. — Ematosalpinge destra torta sul peduncolo simulante un appendicite complicante una gravidanza al VII mese circa. *La clin. ost.*, fasc. II, Nov. 1928, p. 812.
- GLOTAIN. — Appendicite et gestation. *Thèse de Paris*, 1915 N° 87.
- GODECKE. — Appendicite et grossesse. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1912, p. 469.
- GODLEWSKI E. — Appendicectomie au sixième mois de la grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1927, p. 152-153.

- GORE V. M. — Appendicitis during pregnancy. *South-west Med. Phoenix Ariz.* 1924, VIII, 383.
- GRATTAN J. F. — Gangrenous appendicitis coincident with labor. *Surg. Gyn. et Obst.*, 1919, XXIV, 407.
- GRATTAN. — Appendicite calculeuse compliquant le travail. *Ann. Gyn. et Obst. de Paris*, 1920, p. 300.
- GUENIOT. — Sur le drainage de l'appendicite à chaud pendant les derniers mois de la gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1920, p. 7.
- GUILLEMIN. — Appendicite aiguë et rupture de grossesse tubaire bilatérale. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1928, p. 649-650.
- HABAN. — *Revue de Gynécologie* de 1909, p. 339.
- HALL. — Appendicitis as a factor in the diagnosis and treatment of abdominal and pelvic tumor also complicating pregnancy. *Amer. J. of Obst.*, New-York, 1905, LIII, p. 787.
- HARTEMANN J. — Appendicite opérée pendant la gestation ; mort rapide après l'accouchement ; péritonite. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1929, p. 429-30.
- HEATON. — Etude particulière de l'appendicite survenant pendant la gestation. *British Med. Journ.*, London, 1905, p. 563-65.
- HEATON G. — Certain particularities of appendicitis as it affect. the femal sex, with particular referens to the disease in pregnancy. *Birmingh. Med. Rev.* ; 1914, LXXV, 23.
- HEDFELD E. — Zur Kasuistik der appendizitis bei vorgeschrittener Schwangerschaft, *Thèse* Wurzburg, 1920.
- HEINECK. — Appendicite au cours de la grossesse, étude analytique de 173 cas avec opération. *Journal des Praticiens*, Paris 1924, N° 24.
- Some conclusion concerning appendicitis complicating prégnancy. *Am. J. Sur.*, New-York, 1919, LXXIII, 86.

- HERGOTT. — Appendicite et accouchement. *Ann. Gyn. et Obst. de Paris*, 8 août 1900, p. 151-61.
- HILTON. — Appendicitis complicating the puerperium, including a review of the literature of reported cases. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1907.
- HIRSH B. C. — Symptoms during pregnancy simulating a suppurating appendicitis. *Proc. Phila. Obst. Soc.*, 1890-91, 75.
- HIRSH. — *Americ. J. of Obst.*, 1896, p. 253.
- HIRSH. — Appendicite et grossesse. *Text-Book of Obst.*, Philadelphie, 1912, édition 7.
- HIPSLEY P. L. — A ruptured appendix in a woman eight months pregnant. *Med. J. Austral.*, Sidney, 1925, II, 400.
- HLAWACEK. — Ueber Komplikation von Schwangerschaft und geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen genitalen und benachbarten organe, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVI, 1897.
- HOFFMANN. — Zur frage der appendicitis in gravid. *Arch. f. Gyn.*, Berlin CXII, p. 273.
- HOLMER. — Appendicite compliquant la grossesse. *Am. J. of Obst.*, déc. 1905.
- HOMSY. — Contribution à l'étude des rapports de l'appendicite chronique au cours de la grossesse. *Thèse de Bordeaux*, 1918.
- HUSSY P. — Die Schwangerschaft in ihren Beziehungen zu den anderen Gebieten der Medizin und ihre biologischen problemen. *Stuttgart* 1923, F. Euke.
- IMPARATO E. — Appendicite e gravidanza. *La riforma medica.*, Napoli, 45 : 1635-1636, Nov. 30, 29.
- JARCA. — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. *Thèse de Paris*, 1898.
- JEANNIN et LEVANT. — Grossesse de 5 mois et appendicite opérée à chaud; guérison et accouchement au terme normal de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1911, p. 473.

- JENNINGS. — Appendicitis complicating pregnancy. *J. Florida M. Ass.*, Jacksonville, 1916, III, 82.
- JERLOW E. — Über appendizitis während der gravidität und im Puerperium Klinische Studie. *Thèse Helsingfors*, 1925.
- A. KLEINKNECHT et S. TASSOVATZ. — Du traitement de l'appendicite aiguë au cours de la grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mai 1933, P. 445-49.
- KLIEN. — Über Appendicitis während der Schwangerschaft, Geburt. und Wochenbett. *Monatschr. f. Geburtsh. und Gyn.* 1906, XXIV, 609.
- KOLLISCHZ. — Über Appendizitis und gravidität. *Thèse de Munich*, 1910.
- KONIG. — Appendicite et puerpéralité. *Rapport à la Société d'Obst. et de Gyn. de la Suisse Romande*, in *Bull.* N° 3, décembre 1906.
- KORN. — *Ref. Zentralbl. f. Gyn.*, 1885, N° 28.
- KOUTSIEFF. — Appendicéctomie dans la gestation. *Thèse de Bordeaux*, 1913.
- KRAUS R. — Appendicitis during delivery. *Münchener medizinische Wochenschrift* 81 : 830, June I, 34.
- LABHARDT. — Ueber die Komplikation von Schwangerschaft mit Perityphlitis. *Münchener medizinischen Wochenschrift*, 1904, p. 251.
- LAFFONT A. — La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire. *Presse Médicale* 1924, N° 46, p. 167.
- LAFFONT et EZES. — A propos d'un cas d'appendicite méconnue au 4° mois de la grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1934, p. 513.
- LAFFONT et JAHIER. — Deux cas d'appendicite aiguë au cours de la grossesse. *Algérie Médicale*, août 1930., et *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1930, p. 429 et 430.
- LARDENNOIS. — Appendicite et grossesse : discussion sur le drainage. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1911, p. 527-30.

- LAURENTIE. — Phénomènes graves de colibacillose gravidique ayant simulé l'appendicite. Laparotomie exploratrice. Avortement spontané. *Bull. de la Soc. d'Obst et de Gyn. de Paris*, année 1924,
- LEE (de). — Acute appendicitis in pregnancy at term. *Surg Clin. N. Am. Phila.*, A. 1924, I, 1003.
- LEGEU. — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine et l'appendicite. *Société de Chirurgie de Paris*, 8 octobre 1902.
- LEMELAND et RISACHER. — Contracture utérine accompagnant les syndromes péritonéaux et en particulier l'appendicite. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1926, p. 29-33.
- LEMELAND. — L'appendicite au cours de la puerpéralité. *La Med. Intern.*, mai 1929.
- LINDNER. — Appendicite et gestation. *Arch. f. Gynaek.*, Berlin, 1907, Bd LXXXII, p. 17 ; in *Ann. Gyn. et Obst. de Paris*, 1907, p. 749-53.
- LOBENSTINE R. W. — A report of five cases of acute gangrenous appendicitis occurring during pregnancy. *Bull. of the Lying in Hospital of New-York*, sept. 1908.
- LOEVENHART. — Appendicite chez la femme enceinte. *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- LOUAINIER L. E. — De la coexistence de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1923.
- MAC ARTHUR. — *Americ. J. of Obst.*, 1895, p. 185.
- MAC DONALD. — Appendicitis in pregnancy. *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, July 1929, N° 7, p. 110.
- MAORTUA et G. DUARTE. — Appendicite et gestation. *Annales espanoles della Beneficencia Municipal* N° 23, Madrid, nov. 1925.
- MARBURY W. B. — Appendicitis in pregnancy. *Transactions of the Southern Surgical Association*, Philadelphia, 44 : 210-219, 31.
- MARBURY W. B. — Appendicitis in pregnancy. *American Journal of Surgery* 19 : 437-441, March 33.

- MASSAREL. — Appendicite et gestation. *Thèse de Montpellier*, 1901.
- MASSE L., RIVIERE M. et DUBROCA. — Appendicite et grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1929, p. 345-347.
- MAUCLAIRE. — Péritonite appendiculaire généralisée au 5^e mois de la grossesse. *Soc. Obst., Gyn. et Péd. de Paris*, déc. 1904, t. VI, p. 290.
- MEYER. — Appendicitis i Svangerskabet. *Ugesk. f. Laeger Kobenh.*, 1914, LXXVI, 1884.
- MICHEL et GUIBAL J. — Appendicite et grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1929, p. 261-63.
- MICHON et PIGEAUD. — Péritonite généralisée au huitième mois de la grossesse ; laparotomie ; accouchement méthodiquement rapide ; guérison. *Bull. de Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1929, p. 62-63.
- MONOD et HERGOTT. — XIII^e Congrès des Sciences Médicales, Paris, 1900.
- MONOD. — Résection de l'appendicite à froid pendant la gestation. *Soc. Obst., Gyn. et Péd. de Paris*, juillet 1903, t. V, p. 70.
- MOREL et DE GIRARDIER. — Grossesse de 7 mois 1/2 ; appendicite aiguë, péritonite à streptocoque consécutive ; drainage ; sérum ; guérison. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1933, p. 626.
- MUNDE P. F. — *Med. Rec.*, 1894, p. 678, et 1895, p. 609.
- MURPHY. — Appendicitis in pregnancy, appendicectomy. *Surg. Clin. Chicago*, 1914, III, 1085.
- MYER M. W. — Appendicitis complicating pregnancy. *Am. J. Obst. N. Y.*, 1906, LIII, 358.
- OUL. — Appendicite parasitaire, avortement, appendicectomy à froid, guérison. *Rev. prat. d'obst. et de Pédiatrie*, Paris, 1906, XIX, 223.
- OUL. — Appendicite au cours de la gestation. *Annales Gyn. et Obst. de Paris*, 9 mars 1903, p. 57-60.

- PADDOCK C. E. — Pregnancy complicated by appendicitis. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1913, LXVIII, 401, discussion : 524.
- PANKOW. — Causes du mauvais pronostic de l'appendicite au cours de la grossesse et leurs conséquences thérapeutiques. *Arch. für Gyn.*, fasc. I, 10 janvier 1928 ; analyse par Mocquot, in *Journal de Chirurgie*, juin 1928, p. 886.
- PAULUS D. D. — Case of five and half months pregnancy complicated by ruptured appendix with abscess and acute nephritis. *J. Oklahoma M. Ass.*, 1921, XIV, 14.
- PELLET. — De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Lyon*, 1908 1909.
- PENARD. — Appendicite et gestation. *Thèse de Paris*, 1912, N° 170.
- PENROSE. — *Americ. J. of Obst.*, 1896, p. 253.
- PERALTA RAMOS et R. BELLO. — El metodo Delmas en un caso de appendicitis aguda y embarazo. *Boletín de la Sociedad de obstetrica y gynecologia*, t. VIII, 14 novembre 1930.
- PERES. — Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité. *Thèse de Toulouse*, 1901.
- PERY et PRINCETEAU. — Appendicite des suites de couches ; mort par vomito-negro appendiculaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 493-94.
- PERY, RABERE et LEURET F. — Appendicite et gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1928, p. 711-712.
- PERY, ROCHER, FAVREAU. — Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse, colpotomie, guérison. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, 83.
- PETIT J. et PRINCETEAU R. — Appendicite et grossesse. *Arch. Médico-Chir. de Province*, janvier 1930 ; analyse par L. Lavedan in *Gynécologie et Obstétrique* 1931, Tome I, p. 281-282.

- PHOCAS. — L'incision spinoso-ombilicale dans l'opération de l'appendicite. *Presse Médicale*, 9 mars 1927 N° 20, p. 310.
- PIGEAUD P. — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. *Thèse de Paris* 1931.
- PINARD. — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. *Communication à l'Académie de Médecine*, 22 mars 1898, in *Annales Gyn. et Obst.*, mai 1898, p. 345-354.
- . — Appendicite et grossesse. *Clinique obstétricale*, p. 109-114 ; et *Ann. Gyn. et Obst.*, mars 1899, p. 177-82.
- . — Nouveaux documents pour servir à l'étude de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. *Communication à l'Académie de Médecine*, 6 mars 1900, in *Annales Gyn. et Obst.*, mai 1900, p. 357.
- POECK E. — Zur Kenntniss akuter entzündlicher Erkrankungen des rechten Unterbauches bei Gravidität (Differential diagnosis of acute appendicitis and extra-uterine pregnancy coexistent with uterine pregnancy). *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 234 : 811-814, 31.
- POLAK E. — Therapy of perforating appendicitis during last months of pregnancy. *Rozhl v chir. a gynaek.* (cast chir.), II 3-10, 32 Abstr. *Ein Beitrag zur Therapie der perforierten Appendicitis während der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gynäk* 56 : 1879-1881, July 30, 32.
- PONCET. — In *Thèse de son élève Bouiller* : « De l'appendicite pendant la grossesse », Lyon, 1897.
- PORAK et DANIEL. — Appendicite calculeuse perforante après l'accouchement. *Ann. Gyn. et Obst.*, 1903, t. IX, p. 54.
- PORAK et SCHWARTZ. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, 1899.
- PORTER F. S. W. — The dangers of delay in operating on appendicitis in children and pregnant women. *Indian Med. Gazz., Calcutta*, 1924, LVI, 130.

- PORTES et SEGUY. — Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur l'appendicite aiguë ; conséquences thérapeutiques. *Gynécologie et Obstétrique*, année 1927, Tome XV, p. 114-124.
- POZSONYI E. — Gravidität und appendicitis. *Pest. Med. chir. Press.*, Budapest, 1908, XLIV, 29.
- PRIBRAM. — Zur Therapie der Appendizitis während der gravidität. *Klin. Woch.*, Berlin, 1922, I, 1256.
- PROUST R. — De l'indication opératoire dans les grossesses tubaires. *Gazette des Hôpitaux*, 1914, N° 6, p. 88.
- PUPPEL E. — Über Appendicitis in der Schwangerschaft und unter der Geburt. *Zentralbl. f. Gynäk.* 55 : 1826-1830, June 6, 31.
- RENVALL. — Appendicite pendant la gestation. *Mitteil, aus der Klinik Engström*, Bd 7, H. 3, p. 181.
- RICHARDSON W.S. — Acute appendicitis complicated by tubal gestations Guy's Hospital Gar. London, 1916, XXX, 403.
- RICKETTS. — Appendicitis complicating pregnancy. *Lancet clin. Conc.*, 1906, LVII, 601.
- ROSTHORN. — Appendicitis und gravidität. *Med. Klin.*, Berlin, 1907, III, 339.
- ROUTIER. — Accidents fébriles des suites de couches. *Arch. générales de Méd.*, 1904, p. 1052-58.
- ROUTIER. — 12 observations inédites, in *Thèse Pénard*, Paris, 1912.
- RUDAUX. — Diagnostic et traitement de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. *Arch. Gén. de Méd.*, Paris, 1904, I, 1052.
- SCHAUTA. — Einleitung der Geburt wegen inneren Krankheiten. *Monatschrift f. Geburtsh.*, 1902, S. 486.
- SCHMID. — Appendicitis und gravidität. *Mitt. a. d. Grenzgel. d. Med. u. Chir.*, Iena, 1911, XXIII, 213.
- SEGOND. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn., et de Péd. de Paris*, 1889.

- SEGUY. — Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale. *Thèse* de Paris, 1927.
- SEJOURNET P. — Appendicite et grossesse tubaire. *Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, séance du 3 juillet 1925.
- SELLERS N. E. — Acute appendicitis complicating pregnancy and puerperium. *Journal of Medical of the state of Alabama* 3 : 242- 245, Jan. 34.
- SEMB. — *Ref. Zentralbl. f. Gyn.*, 1901, N° 26.
- SEXTIN. — Appendicitis complicating pregnancy. *Indianapolis M. J.*, 1924, XXIV, 302.
- SONNENBURG. — Appendicite aiguë gangréneuse pendant la grossesse. *Deutsche u. Wochenschr.*, Berlin, 1901, XXVII, p. 244.
- SONNENBURG. — *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig, 1901, XXVII ; *Pathol. u. Therap. der Perityphl.*, 1905.
- SOURDILLE. — *Gazette de gynécologie*, Paris, 1911, p. 215.
- SPINELLI P.G. — L'appendicite nel campo ginocologico ed ostetrico. *Arch. Ital. di ginec.*, Napoli, 1913, XVI 269.
- STAEHLER. — Appendicitis in graviditate et in puerperio. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVI, p. 156 . — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909, N° 50.
- SZENES A. — Uber Appendicitis und Peritonitis In Gravidität. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1922, CXX, 859.
- SZILAGYI L. — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse. Valeur du signe de la contracture permanente et douloureuse de l'utérus. *Thèse* de Paris. 1929.
- TEDENAT. — Appendicectomie au cours de la gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1912, p. 996-98.

- . — Appendicite chez la femme enceinte. Réunion Soc. de Montpellier, in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, p. 237-241.
- TISSIER et LEMELAND. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1905.
- TOUPET. — L'appendicite cause des vomissements incoercibles au cours de la gestation. *Journal de Med. de Paris*, 1925, XLVII.
- TRILLAT et ROCHET E. — Trois cas d'appendicite observés au cours de la grossesse ou des suites de couches. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, année 1931, p. 53-54.
- TUCKER. — Appendicitis complicating pregnancy. *West. M. Rev. Omaha*, 1915, XX, 121.
- TUFFIER. — *Rev. d'Obst. et de Poed.*, 1897.
- VAN SWERINGEN. — Appendicitis during pregnancy, with the report of a interesting case. *Amer. Journ. Obst.*, 1913, LXVII, p. 917.
- VAUDESCAL. — Appendicite et grossesse. *L'Hôpital*, N° 212, avril 1928.
- VAUTRIN. — Les fausses appendicites de la grossesse. *Ann. Gyn. et Obst. de Paris*, mars 1914, p. 177.
- VEIT J. — Appendicitis und Schwangerschaft. *Med. Klin.* Berlin, 1916, XII, 85.
- VIGNES. — Appendicite et gestation. *Journal des Praticiens*, 26 avril 1924, t. XXXVIII, N° 17.
- VIGNES. — Appendicite et vomissements gravidiques. *Prog. Med.* 25 juin 1927, p. 1016.
- VIGNES. — Appendicite et grossesse. *Le Conc. Med.*, N° 43, 25 oct. 1931, 53° année.
- VIGNES. — Appendicite et grossesse. *La Puériculture*, 25 déc. 1931.
- VIGOUROUX. — Appendicite et grossesse. *Thèse de Bordeaux*, 1928-1929.
. — Appendicite et grossesse. *Journal des Praticiens*, 3 nov. 1928,

VINAY. — *Lyon Médical*, 1898, p. I.

WANNER. — Akute Appendicitis und Gravidität. *Munch. Med. Woch.*, 1914, LXI, 1391.

WEBER. — Appendicitis und gravidität. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* XCIII, p. 292.

WEEKS L. C. — Appendicitis as a complication of pregnancy and at the puerperal state. *J. Minn. M. Ass.* Minneap. 1909, XXIV, 274.

WIGGIN. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.

WIGGIN. — *Med. Rec.*, 1894, p. 109.

Vu :
Le Président de thèse,
LAFFONT,

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
PINOY.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 28 Mars 1935
Le Recteur,
HARDY.

